FACULTÉ DE MÉDECINE DE

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 30 *mars* 1860,

Par Pierre-Victor BAZIRE,

né à Port-Louis (île Maurice),

DOCTEUR EN MÉDECINE,

M. D. Lond., M. R. C. S. E.

(ex-Interne en Chirurgie à University College hospital, London),

Médailles d'Or de Chirurgie et de Clinique médicale à l'Université de Londres (1858).

DE LA RÉSECTION

DE

L'ARTICULATION COXO-FÉMORALE

DANS CERTAINS CAS DE COXALGIE.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

rue Monsieur-le-Prince, 31.

1860

...TÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

DUBOIS, DOYEN. MM.

....	JARJAVAY.
....	LONGET.
...dicale........................	GAVARRET.
...aturelle médicale..............	MOQUIN-TANDON.
...ie organique et chimie minérale......	WURTZ.
Pharmacologie........................	REGNAULD.
Hygiène........................	BOUCHARDAT.
Pathologie médicale........................	DUMÉRIL. N. GUILLOT.
Pathologie chirurgicale........................	DENONVILLIERS. GOSSELIN.
Anatomie pathologique........................	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	ANDRAL.
Opérations et appareils........................	MALGAIGNE.
Thérapeutique et matière médicale........	GRISOLLE.
Médecine légale........................	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés.....	MOREAU.
Clinique médicale........................	BOUILLAUD. ROSTAN. PIORRY, Examinateur. TROUSSEAU.
Clinique chirurgicale........................	VELPEAU. LAUGIER. NÉLATON. JOBERT DE LAMBALLE, Président.
Clinique d'accouchements................	P. DUBOIS.

Professeur honoraire, M. CLOQUET. — *Secrétaire*, M. BOURBON.

Agrégés en exercice.

MM. ARAN.
AXENFELD.
BAILLON.
BARTH.
BLOT.
BOUCHUT.
BROCA.
CHAUFFARD.
DELPECH.
DUCHAUSSOY.
EMPIS.
FANO.
FOLLIN, Examinateur.

MM. FOUCHER.
GUBLER.
GUILLEMIN.
HÉRARD.
LASÈGUE.
LECONTE.
PAJOT, Examinateur.
REVEIL.
RICHARD.
ROUGET.
TARDIEU.
TRÉLAT.
VERNEUIL.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE.

A MA MÈRE.

A MON GRAND-PÈRE ET A MA GRAND'MÈRE,

M. ET MME V. LANOUGARÈDE.

A MON MAITRE,

M. le Professeur

JOHN ERICHSEN,

F. R. C. S. E.,

Professeur de Chirurgie au Collége de l'Université,
Chirurgien et Professeur de Clinique chirurgicale à l'hôpital
du Collége de l'Université de Londres.

Témoignage de respect et de reconnaissance pour ses savantes leçons
et la bienveillance dont il a daigné m'honorer.

DE LA RÉSECTION

DE

L'ARTICULATION COXO-FÉMORALE

DANS

CERTAINS CAS DE COXALGIE.

CHAPITRE IER.

Introduction.

§ Ier.

HISTORIQUE.

Près d'un siècle s'est écoulé depuis qu'en 1769, Charles White, de Manchester, le premier conçut l'idée de réséquer la tête du fémur. Mais, comme d'une idée à son exécution il y a toujours loin, ce n'est pas à lui qu'est due la première opération de ce genre, sur le vivant du moins. Cet honneur était réservé à un autre chirurgien du même nom, à Anthony White, de Westminster hospital à Londres, qui le premier, en Angleterre, eut, en 1821, malgré la puissante opposition

de sir Everard Home, le courage de pratiquer cette opération jusqu'alors considérée si redoutable.

Dès 1816 cependant, d'après une thèse publiée par M. Lepold à Wurzbourg, M. Schmalz, de Pirna, en Saxe, avait enlevé avec succès la tête cariée du fémur, qui était déjà séparée du reste de l'os. Mais nous sommes en droit de nous demander, avec M. Sédillot (*Méd. opér.*, t. II, p. 511), si c'était là une véritable résection.

A Anthony White, selon nous, revient seul l'honneur d'avoir le premier pratiqué une vraie résection de la tête du fémur dans un cas de coxalgie (1).

Observation Ire. — Son malade, à l'époque où il le vit, était âgé de 8 ans; depuis trois ans, il souffrait de la hanche. Il était émacié; de nombreux trajets fistuleux existaient autour de l'articulation, par lesquels on pouvait introduire le doigt et sentir la tête cariée du fémur, échappée de la cavité cotyloïde et reposant maintenant sur l'os iliaque.

Le membre malade était dans une adduction telle, que le genou de ce côté reposait sur la partie inférieure et interne de la cuisse saine, et ne pouvait être changé de place. Pendant trois ans, il était

---

(1) Nous nous permettrons de rectifier ici une erreur historique de beaucoup d'auteurs français surtout, qui ont confondu Charles White de Manchester avec Antony White de Londres. Charles White, en effet, ne pratiqua jamais, sur le sujet vivant, la résection de la tête du fémur; il n'en fit que suggérer la possibilité lors de ses remarques sur la résection de la tête humérale.

Dans son ouvrage intitulé *Cases in surgery*, publié en 1770, à la page 66 il dit lui-même :

«J'ai fait sur un cadavre une incision sur la partie externe de l'articulation coxo-fémorale, continuée jusqu'au-dessous du grand trochanter; puis, après avoir coupé la capsule articulaire, j'ai pu, en portant le membre dans l'adduction, faire sortir la tête du fémur de sa cavité, et l'ai alors facilement sciée.

«*Je n'ai point de doute que cette opération peut être pratiquée sur le vivant avec grande chance de succès.*»

resté dans la même position, couché sur le côté sain. Les trajets fistuleux suppuraient abondamment, et cette suppuration l'épuisait peu à peu.

Considérant alors que même, si la coxalgie guérissait spontanément, ce qui semblait peu probable, le malheureux resterait difforme et estropié ; se disant de plus que la désorganisation de l'articulation était déjà tellement grande, qu'une opération ne pouvait guère l'augmenter encore, White résolut d'enlever la tête du fémur.

En avril 1821, l'opération fut pratiquée. *Il ne restait plus la moindre trace de la cavité cotyloïde.* Le membre fut ramené dans sa direction normale ; le malade *perdit à peine* 2 *onces de sang.* Quelques semaines après, tous les trajets fistuleux, ainsi que les incisions, étaient cicatrisés.

L'enfant regagna rapidement ses forces et son embonpoint ; au bout de deux mois, il pouvait soulever le membre, et par degrés il parvint à presser le pied contre le sol sans en ressentir la moindre douleur.

Un an après, il marchait sans béquilles. Les mouvements de la fausse articulation qui s'était formée étaient très-étendus, excepté la rotation en dehors et l'abduction du membre.

Cinq ans après l'opération, il mourut de phthisie pulmonaire.

La moitié du bassin, du côté où fut pratiquée l'opération, se trouve maintenant au musée du Collége des chirurgiens (n° 391 de la section d'anatomie pathologique).

Bien que la section de l'os eût été faite au-dessous du petit trochanter, et que le psoas iliaque eût été enlevé, les mouvements de flexion de la cuisse sur l'abdomen étaient cependant possibles encore. (*Surg. diction.*, S. Cooper, art. *Bone;* observation communiquée par A. White lui-même.)

Observation II. — En 1823, Hewson, de Dublin, réséqua la tête du fémur au-dessus du petit trochanter ; mais le malade mourut.

Le fond de l'acétabule fut, à l'autopsie, trouvé perforé, et il existait une collection purulente dans le bassin.

Nous dirons plus tard, dans le cours de notre thèse, pourquoi suivant nous l'opération ne réussit pas.

A partir de cette époque, l'on n'entendit plus parler en Angleterre de la résection de la tête du fémur, White lui-même n'en pratiqua point d'autre, sans doute parce que l'occasion ne s'en présenta point. L'opération était donc oubliée, lorsqu'en 1845, une brillante résection de la tête du fémur par M. Fergusson, suivie d'une convalescence rapide et d'une guérison complète, vint tirer de l'oubli l'opération de White.

Observation III. — Au mois de janvier de la même année, au dire de M. Sédillot (*Méd. opér.*, t. II, p. 511), M. Textor, de Wurzbourg, avait réséqué la tête et le col du fémur au-dessous du petit trochanter, et cela avec un succès complet. Il y avait altération concomittante de la cavité cotyloïde, et un abcès de la fosse iliaque interne.

L'opéré fut vu en 1850 par M. Sédillot lui-même, et marchait assez bien en s'appuyant sur son membre.

Observation IV. — Le malade de M. Fergusson (John Clark) était un jeune garçon de 15 ans, épuisé par une suppuration abondante, et consumé par la fièvre hectique, résultant d'une coxalgie scrofuleuse qui datait de plus d'un an. La tête du fémur était luxée sur l'os des iles, et pouvait être facilement sentie à travers la couche peu épaisse qui restait des muscles fessiers. Au-dessus du grand trochanter, s'ouvrait un large et profond trajet fistuleux, à travers lequel on pouvait introduire le doigt et sentir la tête de l'os. La hanche était complétement déformée et contrastait, par la tuméfaction dont elle était le siége, avec le reste du membre amaigri et atrophié. Le genou du côté malade reposait sur le milieu à peu près de

la cuisse saine. Le bassin était très-obliquement tourné en avant, et la courbe correspondante de la colonne lombaire très-marquée.

M. Fergusson espéra d'abord obtenir une guérison spontannée; mais, le jeune malade devenant de jour en jour plus faible, les sueurs nocturnes augmentant, les pieds et la face étant légèrement œdématiés, de plus la tête de l'os paraissant jouer le rôle d'un corps étranger, irritant les parties environnantes, il résolut de réséquer cette tête. Les poumons et les autres organes étant reconnus sains, M. Fergusson, le 1er mars 1845, procéda à l'opération. Une seule incision longitudinale de 6 pouces environ (la même que celle de White), fut faite dans la direction de l'axe du fémur; la scie à chaînes fut passée avec difficulté sous la tête et se brisa. En se servant du fémur comme d'un levier, et croisant le membre malade sur le membre sain, il parvint à scier la tête avec une scie ordinaire : mais, peu satisfait de l'aspect de l'os au-dessous, il en réséqua trois quarts de pouce encore. Le malade perdit *à peine une once de sang*, l'on n'eut *pas à lier la moindre artère,* il n'y eut point de réaction constitutionnelle après l'opération.

La convalescence fut rapide; après dix jours, plus de fièvre, suppuration de bonne nature; plus de douleur au genou, de sueurs nocturnes, etc., etc.

Deux mois après, il marchait avec des béquilles. (*Medico-chirurg. transact. London*, 1845.)

Douze ans après, il jouissait d'une santé excellente, qu'aucune maladie sérieuse n'était venue troubler pendant ce temps; il pouvait faire aisément cinq lieues à pied, bien que le membre autrefois malade eût 6 à 8 pouces de moins que l'autre.

Une pseudarthrose s'était formée à la hanche. (Fergusson, *Pract. surg.,* 4th. edit.; 1857.)

Depuis cette époque, l'opération fut décidément remise en honneur et elle a maintenant pris droit de cité dans la chirurgie anglaise.

§ II.

DE LA RÉSECTION DE LA TÊTE DU FÉMUR DANS LES CAS DE FRACTURE DU COL PAR ARMES A FEU.

Bien que proposée et pratiquée d'abord dans les cas de coxalgie, la résection de la tête du fémur fut bientôt étendue à ceux de fracture du col par armes à feu ; cas dans lesquels elle semble surtout trouver son application, pourvu toutefois qu'il n'y ait point grande désorganisation des parties molles, ni implication des gros vaisseaux et des nerfs.

Dans la *Gazette médicale* (1835, p. 183), l'on trouve consignée une observation de résection de la tête du fémur, recueillie dans l'expédition des Russes contre les Turcs en 1829, lors de la bataille d'Eskiarna-Utlar ; elle fut pratiquée par Oppenheim sur un chasseur blessé par une balle à l'articulation coxo-fémorale gauche.

Le malade alla bien jusqu'au dix-septième jour ; la suppuration, quoique abondante, était bonne ; toutes les eschares étaient détachées, et les forces augmentaient.

Tout promettait une heureuse issue, lorsqu'un malade de la salle fut atteint de la peste, et bien qu'on l'éloignât à l'instant, cette nouvelle ne put être cachée au blessé, qui tomba sur-le-champ plus mal. La fièvre devint intense, la suppuration sanieuse, le membre se gonfla ; il y eut du délire pendant la nuit, et le lendemain le malade était mort.

En 1832, au siége d'Anvers, M. Seutin pratiqua la même opération sur le nommé Lisieux, soldat au 25e de ligne.

Il y avait trente-six heures que la blessure avait été faite. Le malade était dans un état de commotion assez forte ; le désordre des parties molles était borné, mais l'état général peu *satisfaisant ;* le malade était pâle, décoloré, sans force.

Quatre jours après, il y avait un commencement de gangrène du

membre, et le malade mourut. (A. Paillard, *Relat. chirurg. du siége de la citadelle d'Anvers.*)

Malgré ces deux insuccès, la résection de la tête du fémur dans les cas de fracture du col par armes à feu trouva des partisans. En effet, dans le cas d'Oppenheim, l'on ne peut guère accuser l'opération d'avoir été cause de la mort, et le malade de M. Seutin était dans un état peu *satisfaisant*, et laissait peu de chances à une opération quelconque. Aussi n'est-il pas étonnant qu'en Allemagne la résection de l'extrémité supérieure du fémur ait été dans ces cas conseillée par MM. Jaëger et Textor, professeurs à Wurzbourg ; qu'en France, M. le Dr Bonino l'ait surtout préconisée et l'ait mise bien au-dessus de l'amputation dans l'article.

« En pratiquant l'amputation, dit ce dernier, on retranche, comme on l'a dit tant de fois, près d'un quart du volume total du corps ; on fait une plaie énorme, on coupe des masses musculaires considérables, on fait la section de nerfs importants d'une des plus grosses artères du corps. De là un trouble nécessaire dans l'innervation et dans la circulation ; de là des ébranlements nerveux tels, que les opérés tombent souvent dans un collapsus complet, et succombent sans autre cause appréciable de mort.

« Dans la résection au contraire, les nerfs et les vaisseaux divisés sont peu importants, et l'on n'a pas à craindre ces graves accidents du côté du système nerveux et circulatoire. Si la résection provoque des phénomènes nerveux, ce ne sont que ceux qu'on peut observer après beaucoup d'opérations ; ce n'est jamais cette stupeur immédiate qui tue. » (Bonino, *Annales de la chirurgie française et étrangère*, tome X, p. 397 et suiv.; 1844.)

En Angleterre, la résection fut recommandée par Guthrie (*Commentaries on surgery*) et sir George Ballingall ; et tout dernièrement, pendant la guerre de Crimée, six de ces résections furent pratiquées dans l'armée anglaise (*Guthrie appendix*, loc. cit.). Malheureusement cinq d'entre elles eurent une issue funeste ; mais, si l'on tient compte des conditions tout exceptionnelles dans lesquelles se trouvaient les

malheureux opérés, ce résultat n'étonnera point. D'ailleurs la désarticulation du membre eût-elle été suivie de plus heureux résultats? Nous en doutons.

La sixième de ces résections fut pratiquée avec un succès complet par M. O'Leary, chirurgien au 18e régiment d'infanterie légère de l'armée anglaise, sur un jeune soldat, âgé de 23 ans, Thomas M'Keevena, qui fut blessé, le 18 août 1855, au grand trochanter du fémur gauche, par un éclat de bombe, dans les tranchées devant Sébastopol. Il y avait une fracture commençant tout près de la tête du fémur et s'étendant obliquement en avant et en bas entre le grand et le petit trochanter, et finissant à un pouce et quart au-dessous de ce dernier, comme le montre la partie de l'os réséquée que nous avons vue nous-même au Collége royal des chirurgiens de Londres.

Après l'opération il ne fut pas nécessaire de lier aucune artère.

Trois mois après, le malade pouvait marcher à l'aide de béquilles; huit mois après (c'est-à-dire en avril 1856), il pouvait balancer le membre en avant et en arrière, et, à un degré plus limité, fléchir la jambe sur la cuisse, et la cuisse sur le bassin.

§ III

DE LA RÉSECTION DE L'ARTICULATION COXO-FÉMORALE DANS LES CAS DE COXALGIE.

Mais si, dans les cas de blessures par armes à feu, la résection de la tête du fémur a été adoptée en principe par d'excellentes autorités en fait de chirurgie militaire, dans les cas graves de coxalgie, cette opération a rencontré une très-grande opposition au début.

De nos jours cependant, le nombre de ceux qui y sont opposés a considérablement diminué. En Angleterre, l'exemple de M. Fergusson a beaucoup contribué à populariser l'opération; et au nombre de ceux qui l'ont le plus chaudement préconisée et le plus souvent pratiquée, nous pouvons citer notre maître, M. Erich-

sen, MM. Hancock, Haynes Walton, Samuel Solly, Stanley, Henry Smith et Holt.

En France, bien qu'elle ait rencontré de moins nombreux partisans, cette opération en compte cependant encore.

« Sans vouloir exagérer, dit M. Sédillot, les avantages d'une opération si grave, nous sommes cependant convaincu qu'il convient d'admettre la résection de la tête du fémur parmi les ressources chirurgicales contre les coxalgies. Rien n'empêche de porter le fer rouge sur les portions cariées de l'acétabule, et dans le cas où le sujet aurait des organes sains, sans cachexie éminemment scrofuleuse, et où il serait certainement condamné à succomber aux progrès de son affection, la résection paraîtrait indiquée. » (*Méd. opératoire*, p. 513.)

Quant à nous, nous préférons nous servir de l'expression : résection de l'articulation coxo-fémorale, et non point de la tête du fémur, dans les cas graves de coxalgie, parce qu'elle dit mieux toute notre pensée et qu'elle est l'expression de l'opinion que nous avons adoptée. Enlever la tête du fémur ne constitue, en effet, qu'une demi-résection, et cette opération, applicable surtout aux cas de fracture comminutive du col par armes à feu, ne l'est pas toujours aux coxalgies, dans lesquelles la cavité cotyloïde réclame souvent l'intervention du chirurgien.

Nous nous proposons maintenant de passer d'abord en revue les principales objections que l'on a faites à l'opération, de spécifier ensuite les cas qui n'admettent pas la résection, ceux au contraire qui l'admettent; puis de décrire brièvement le procédé opératoire que nous avons vu le plus souvent employer, le traitement consécutif que nous avons vu réussir, et nous terminerons enfin par un exposé des avantages que l'on peut attendre de cette opération, nous basant pour cela sur les observations qui nous sont propres et d'autres beaucoup plus nombreuses que nous avons pu recueillir.

CHAPITRE II.

Des objections à l'opération.

---

§ Ier.

DE L'IMPLICATION DE LA CAVITÉ COTYLOÏDE.

L'objection la plus grave qu'on puisse opposer à la résection de la hanche dans certains cas de coxalgie, c'est que la maladie n'affecte pas seulement l'extrémité supérieure du fémur, mais la cavité cotyloïde aussi, et que cette cavité n'admet point la résection.

C'est en effet cette implication de l'acétabule qui arrête sir Benjamin Brodie et lui fait recommander la résection dans un si petit nombre de cas, et encore presque à contre-cœur. Après avoir fait observer que, dans beaucoup de cas de coxalgie chronique, la tête du fémur est luxée sur l'os des iles et peut être sentie au-dessous des téguments, il continue ainsi :

« Dans ces cas, l'on a proposé de faire une incision sur cette tête et de l'enlever avec une scie, ainsi que le col du fémur; il paraîtrait même que cette opération a été pratiquée avec quelque bénéfice, et je n'ai pas de doute qu'il peut survenir certaines circonstances dans lesquelles il serait avantageux d'y recourir. Mais je ferai observer en même temps que tout ce qu'on peut accomplir ainsi n'est que l'ablation d'une seule des parties malades, et que la partie la plus affectée (l'os du bassin) reste nécessairement.

« L'opération ne peut être pratiquée sans un certain degré de trouble local et sans une perte plus ou moins considérable de sang; prenant tous ces points en considération, je suis disposé à ne pas la

recommander, excepté dans les cas où l'on peut en attendre un avantage non équivoque. » (Brodie, *On the joints,* 4e édit., p. 141.)

M. Syme va plus loin encore; pour lui, l'opération n'est jamais admissible : « Il est évident, dit le professeur d'Édimbourg, que le degré auquel l'acétabule est presque toujours affecté défend de songer à la résection de l'articulation » (*Principles of surgery*, p. 241).

Dans quelques remarques cliniques sur la coxalgie, publiées dans *la Lancette* de Londres, en mars 1849, M. Syme renouvelle la même objection, et il ajoute :

« Comme l'acétabule n'admet point d'être enlevé chez un sujet vivant avec aucune chance de sûreté ou de bénéfice, l'on ne retirerait aucun avantage d'une opération qui n'enlèverait qu'une partie de l'articulation. Donc la résection de la tête du fémur, dans les cas de carie de l'articulation, devrait être considérée comme non moins erronée en théorie qu'ouverte à des objections en pratique. »

Plus loin encore, il prononce ce triste arrêt : « Si les os de l'articulation sont cariés, la mort est inévitable » (*the patient must die*).

Après que de si grandes autorités chirurgicales se sont prononcées contre la résection de la hanche, il est peut-être téméraire à nous de vouloir la défendre. Mais nous avons vu plusieurs de ces opérations faites dans des conditions où le pronostic de M. Syme semblait devoir se réaliser ; nous en avons rassemblé beaucoup d'autres encore dans lesquelles le succès le plus complet est venu donner raison à l'opérateur, et c'est là notre excuse pour oser élever la voix en faveur de cette opération décriée.

Pour répondre à M. Syme, nous avons à examiner trois points importants :

1° *La cavité cotyloïde est-elle toujours affectée? Si elle l'est, est-ce à un degré tel qu'elle ne puisse guérir par les seules forces de l'économie, une fois la tête du fémur enlevée?*

2° *Le chirurgien ne peut-il pas enlever les parties cariées de l'acétabule?*

3° Et, comme corollaire de notre deuxième problème, *la perforation de l'acétabule est-elle une contre-indication?*

1° *La cavité cotyloïde est-elle toujours affectée, etc. etc.?*

Avec M. Syme, nous reconnaissons que cette cavité est toujours plus ou moins affectée dans les cas de coxalgie chronique avec carie des os, que cette carie provienne d'une ostéite simple, ou d'une ostéite causée par des tubercules enkystés ou infiltrés. Mais nous contestons qu'elle soit fatalement, et dans tous les cas, beaucoup plus malade que l'extrémité supérieure du fémur. C'est le tissu spongieux de cette dernière partie de l'articulation qui le plus souvent s'enflamme primitivement; c'est là que se forme surtout le dépôt jaunâtre de matière tuberculeuse, cause première de tout le mal, dans une forme très-fréquente de coxalgie, et c'est cette partie enfin, qui, dans la plupart des cas, est le plus considérablement affectée.

Avec M. le professeur Erichsen (*Science and art of surgery.*, 2e édit., p. 679), nous pensons de plus que l'acétabule a une plus grande puissance réparatrice que la tête du fémur, et que même lorsque cette cavité est malade, elle peut se guérir spontanément.

En effet, nous avons vu dans les musées d'assez nombreux spécimens, qui nous permettent d'affirmer qu'une fois le fémur hors de la cavité cotyloïde, luxé en un mot, comme cela arrive si souvent dans les coxalgies, cette cavité est le plus souvent oblitérée par une masse spongieuse ou fibreuse, dans quelques cas même, par du véritable tissu osseux.

Au musée du collége de l'Université, à Londres, se trouve une préparation curieuse de ce genre. Le fémur est luxé sur l'os des iles, et son extrémité supérieure est creusée pour former une nouvelle cavité articulaire, tandis qu'une masse osseuse et arrondie, située sur l'os des iles, simule une tête nouvelle. La cavité cotyloïde est oblitérée.

Nous avons vu aussi, au musée de King's college, la moitié du bas-

sin d'un adulte avec la tête luxée du fémur, reposant sur le rebord supérieur de la cavité cotyloïde. Cette tête est cariée; les ligaments rond et capsulaire ont disparu, l'acétabule est presque entièment rempli par du tissu fibreux; il ne présente plus de trace de carie, mais dans le centre de la cavité qui reste il y a un morceau détaché d'os carié.

Chez le sujet qu'opéra Anthony White (obs. 1), il ne restait plus de trace de la cavité cotyloïde (le fémur avait été luxé depuis longtemps), et la pièce déposée au Collége des chirurgiens de Londres démontre clairement cette oblitération de l'acétabule.

Dans l'observation déjà citée de la première résection faite par M. Fergusson (obs. 4), la cavité cotyloïde ne fut point touchée, et cependant, l'on ne pourrait désirer un plus brillant succès.

Observation V. — Le 17 mars 1848, M. French, chirurgien, à l'infirmerie de Saint-James, réséqua la tête du fémur chez une petite fille âgée de 10 ans. Le fémur était luxé sur l'os iliaque, et l'on pouvait, à travers un trajet fistuleux, sentir la tête ramollie et cariée de l'os. L'acétabule, n'étant pas affecté, ne fut pas touché. Guérison rapide.

Observation VI. — Le 24 janvier 1852, M. Stanley, de l'hôpital Saint-Barthélemy, pratiqua la même opération sur une petite fille de 10 ans, qui, depuis plusieurs années, était affectée de coxalgie, avec abcès, trajet fistuleux, etc. etc. Rien à l'acétabule. Guérison complète.

Observation VII. — Le 18 février 1856, M. Shaw, de l'hôpital de Middlesex, enleva la tête du fémur droit luxée sur l'os des iles, chez un jeune homme de 17 ans ; il ne toucha point à l'acétabule. Guérison ; pseudarthrose à la hanche, mouvements considérables. En octobre de la même année, l'opéré pouvait faire une lieue à pied.

Observation VIII. — Le 21 septembre 1855, M. Coote réséqua, à

l'hôpital Saint-Barthélemy, la tête du fémur chez un jeune garçon de 16 ans. La coxalgie datait de trois ans. Il y avait une luxation ischiatique, des douleurs atroces dues à la compression du nerf grand sciatique par le fémur déplacé, comme on le reconnut à l'opération. L'*acétabule était oblitéré.* Le membre, à cause de sa position vicieuse, gênait les mouvements du membre sain.

Cinq semaines après le malade était en pleine convalescence.

Observation IX. — Le 14 août 1858, même opération par M. Fergusson sur un jeune garçon affecté d'une coxalgie, avec abcès, trajet fistuleux, cicatrices nombreuses, roideur de l'articulation, membre fléchi sur l'abdomen ; l'acétabule était oblitéré. Guérison.

Dans les observations, 23, 27 et 30, nous avons aussi signalé cette guérison spontanée de la cavité cotyloïde.

Ces observations établissent suffisamment, nous l'espérons, la vérité de ce point capital, que la cavité cotyloïde, si elle est affectée, peut se guérir par les seuls efforts de la nature et sans intervention opératoire du chirurgien, après que la tête du fémur l'a abandonnée depuis quelque temps.

« S'il y a luxation de la tête du fémur, dit M. Erichsen, dès une époque peu avancée de la maladie, et que cette tête soit cariée et située sur l'os iliaque, il est de toute probabilité qu'elle est seule le siége de l'action morbide, que l'acétabule est rempli d'une masse plastique d'aspect fongueux.

« Si la luxation cependant ne s'est effectuée que récemment, il serait possible que la cavité cotyloïde fût aussi impliquée. » (Erichsen, *Science and art of surgery*, 2e édit., p. 679.)

2° *Le chirurgien peut-il enlever les parties cariées de l'acétabule?*

Dans bien des cas, en effet, les forces seules de la nature ne peuvent amener la guérison de la cavité cotyloïde, même après la luxa-

tion spontanée. Que faire alors? Faut-il laisser le malade mourir lentement, miné par une suppuration abondante et des douleurs continues, ou bien porter une main hardie jusque dans l'acétabule? Et d'abord peut-on opérer sur cette cavité? L'on a nié cette possibilité (Dr Knox, *Medical times*, juin 1851). Pour nous, nous pouvons dire que, sur le cadavre, cette difficulté ne nous a pas paru insurmontable.

Sur le sujet vivant, nous pouvons citer comme autorité M. Fergusson, qui affirme être toujours facilement arrivé jusqu'au fond de l'acétabule, après avoir réséqué le fémur au-dessous du grand trochanter; si la résection est faite plus haut, la manœuvre opératoire sera plus difficile, mais pas impossible (leçon clinique, février 1849).

Le chirurgien peut donc opérer sur l'acétabule, ce fait est incontestable; mais peut-il le faire sans danger, et devrait-il surtout tenter la résection de l'articulation dans le cas où il saurait à l'avance que la cavité cotyloïde est impliquée?

« La carie, dit le Dr Bonino (*loc. cit.*, p. 399), ne devient une contre-indication à la résection de la tête du fémur qu'autant qu'elle aurait envahi une certaine étendue de la cavité cotyloïde. »

« Ce n'est que dans certaines conditions, dit M. Henry Smith, que l'on devrait pratiquer la résection de la tête du fémur. Il faut que la maladie soit arrivée à sa dernière période, que la tête du fémur soit luxée; que la maladie affecte principalement cette extrémité du fémur et très-peu le bassin. » (Rankings, *Abstract of the med. science*, t. VIII, p. 160.)

Mais comment reconnaître d'avance le degré d'altération de la cavité cotyloïde?

Dans quelques cas, un simple stylet introduit par un trajet fistuleux permettra de reconnaître que le rebord cotyloïdien, et si le

fémur est luxé, que le fond de l'acétabule est carié; mais souvent aussi, cette exploration sera impossible, le stylet ne pourra pas arriver jusqu'à l'os malade, et sera arrêté par une couche épaisse de lymphe plastique. Dans d'autre cas, un abcès intra-pelvien, s'ouvrant au dehors, au-dessous de l'arcade des pubis, permettra au chirurgien de s'assurer s'il existe une perforation de l'acétabule. Mais, sauf ces cas, nous ne connaissons aucun signe qui ait été signalé par les auteurs, d'après lequel on pourrait diagnostiquer avec certitude s'il y a implication de la cavité cotyloïde, encore moins quel est le degré de cette implication.

Dans cette incertitude, quel est le devoir du chirurgien? Est-ce de s'abstenir de toute opération, ou bien de se contenter d'enlever la tête du fémur, et comptant sur les seules forces de la nature pour réparer la désorganisation de l'acétabule, si elle existe, d'éviter de toucher à cette cavité? Mais si, dans bien des cas, comme dans ceux que nous avons mentionnés déjà, cette demi-résection a suffi pour sauver la vie du malade, dans beaucoup d'autres au contraire, malgré un soulagemeut momentané, malgré une diminution dans la quantité du pus sécrété, le malade a péri tôt ou tard. Les incisions faites par le chirurgien ne se sont jamais complétement cicatrisées; il est resté toujours quelque trajet fistuleux d'où s'écoulait du pus, et au fond duquel on pouvait sentir quelque portion d'os nécrosé ou carié.

Observation X. — Le second malade opéré par M. Fergusson mourut, deux ans après, d'une maladie du foie. Depuis l'opération, il y avait eu une amélioration considérable dans son état; mais la blessure ne s'était jamais entièrement fermée. A l'autopsie, l'on trouva dans l'acétabule un morceau d'os nécrosé.

Le rebord cotyloïdien, qui était carié, avait cependant été réséqué; mais il paraîtrait, comme le fait remarquer M. Fergusson lui-même, que toute la partie malade n'avait pas été enlevée; le reste de la cavité était sain. Dans ce cas, le grand trochanter avait été

laissé intact, et cette apophyse avait non-seulement retardé la cicatrisation des incisions par sa saillie en dehors, mais avait encore occlué l'acétabule et empêché l'élimination du morceau d'os nécrosé. (Fergusson, *Pract. surg.*)

Dans le cas de Hewson (obs. 2), nous ne doutons pas que la mort ne survint trois mois après qu'à cause de l'altération concomitante de l'acétabule, altération probablement légère lors de l'opération, mais à laquelle on n'avait pas essayé de remédier et qui prit ensuite une plus grande extension.

A l'aide de gouges, de pinces à résection légèrement courbées, de la petite scie de M. Langenbeck, l'on peut réussir à enlever soit le rebord cotyloïdien, soit ruginer le fond carié de la cavité, ou bien encore l'on pourrait avec un fer rouge cautériser ce fond.

Dans les observations qui suivent, l'acétabule malade fut réséqué et presque toujours avec succès.

Observation XI. — A l'hôpital Sainte-Marie, M. Ure réséqua la tête du fémur, le 11 février 1857, sur un petit garçon de 8 ans, William S..... La coxalgie datait de trois ans, de nombreux abcès s'étaient formés autour de la hanche, et à travers plusieurs des trajets fistuleux l'on pouvait sentir la tête cariée du fémur luxée sur l'os iliaque.

L'acétabule, qui était ramolli, fut ruginé.

Six semaines après, l'enfant pouvait faire le tour de la salle avec des béquilles, et imprimer à son membre de légers mouvements de flexion et d'abduction.

En octobre de la même année, il fut vu hors de l'hôpital en assez bonne santé, marchant assez bien, mais le membre n'était pas assez long pour permettre au talon de toucher le sol.

Observation XII. — Le 18 août 1857, M. Fergusson réséqua la tête du fémur chez une petite fille âgée de 11 ans, Sarah-Agnès

M..... Il y avait une luxation partielle du fémur, qui était fléchi à angle droit sur lebassin.

Presque tout l'intérieur de la cavité cotyloïde s'était exfolié et fut enlevé avec des pinces.

Un mois après, elle entrait en pleine convalescence.

Observation XIII. — Le 7 juillet 1857, M. Holt pratiqua la même opération sur un petit garçon de 6 ans pour une coxalgie datant de deux ans. Il y avait trois trajets fistuleux autour de l'articulation, et à travers l'un d'eux on pouvait sentir des portions d'os carié.

Le genou du côté malade était tourné vers la cuisse opposée, et, comme il y avait une incurvation considérable de la colonne vertébrale et qu'il était impossible d'imprimer des mouvement à l'article, *l'on ne put s'assurer s'il y avait luxation ou non.*

Les premières incisions faites, l'on reconnut qu'*il n'y avait point de luxation.* La tête et le col du fémur furent enlevés; l'acétabule était nécrosé dans la plus grande partie de son pourtour, et *fut reséqué* avec soin.

Il n'y eut pas de réaction constitutionnelle considérable; deux mois après, l'enfant pouvait s'appuyer sur le membre opéré et marcher autour de son lit.

Observation XIV. — Anna F...., âgée de 13 ans, entra à l'hôpital du collége de l'Université, le 20 janvier 1858, dans le service de M. Erichsen, pendant notre internat. Sa santé avait été bonne jusqu'à environ seize mois auparavant, époque à laquelle elle eut un rhumatisme articulaire aigu, affectant les articulations des membres supérieurs et inférieurs, mais surtout la hanche gauche. Guérie de son rhumatisme, elle se porta bien pendant quelque temps, mais ressentit bientôt de nouvelles douleurs au genou gauche, puis à la hanche, qui se tuméfia considérablement. Un abcès se forma ensuite

autour de la hanche, qui fut ouvert, d'autres lui succédèrent, et tous suppurèrent abondamment.

Lors de son admission, la cuisse était très-tendue et tuméfiée, et présentait plusieurs trajets fistuleux d'où s'écoulait du pus. Le membre malade était plus court que l'autre d'un pouce environ, fléchi sur le bassin et dans l'adduction. M. Erichsen examina soigneusement l'article, et, malgré la quantité considérable de matière plastique qui l'entourait, reconnut que sa désorganisation était très-avancée.

Pendant la semaine qui suivit son entrée à l'hôpital, elle eut des symptômes de fièvre hectique; pouls à 136, petit, faible, filiforme; pommettes très-colorées; suppuration abondante, une pinte de pus environ par jour; sueurs nocturnes profuses; affaiblissement graduel.

Le 3 février, M. Erichsen pratiqua l'opération par le procédé que nous décrirons plus tard. La tête du fémur était presque entièrement absorbée, mais occupait encore la cavité cotyloïde. La tubérosité ischiatique était nécrosée et fut enlevée avec de fortes cisailles, ainsi que de larges masses osseuses nécrosées qui entouraient l'acétabule.

Dès les premiers jours qui suivirent l'opération, l'appétit revint, la malade dormit mieux, et les sueurs nocturnes diminuèrent; la suppuration fut pendant quelque temps abondante, mais diminua, elle aussi, par degrés. Les incisions se cicatrisèrent, mais très-lentement.

Ce ne fut que le 16 mai qu'elle put quitter son lit, et le 20 du même mois elle partit pour l'infirmerie de Margate. Il restait encore un petit sinus à l'endroit où avait été pratiquée l'opération, mais sa santé s'était améliorée d'une manière remarquable et elle avait beaucoup engraissé.

Observation XV. — Emma G...., âgée de 10 ans, entra à l'hôpital de l'Université le 9 octobre 1857, dans le service de M. Erichsen.

Douleurs à la hanche et au genou, sensibilité considérable à 2 pouces au-dessous de l'apophyse iliaque supérieure et antérieure.

Bandage dextriné ; sirop d'iodure de fer. Amélioration : l'enfant peut marcher avec des béquilles. Elle sort de l'hôpital le 24 octobre, mais rentre de nouveau en février 1858, avec un large abcès à la partie externe de l'articulation.

Le 3 mars, résection de la tête et du col, le grand trochanter enlevé; six semaines après, un abcès se forma près des parties incisées, qui s'ouvrit spontanément, et laissa une large cavité suppurante avec trajet fistuleux, s'étendant en bas le long de la cuisse jusqu'à la tête du péroné.

La suppuration devint ensuite moins abondante et moins fétide, et le 7 mai la malade partit pour l'infirmerie de Margate.

Excepté dans ce dernier cas, dont nous ne connaissons pas l'issue, mais dans lequel M. Erichsen n'espérait plus un heureux résultat après l'infiltration du membre et la formation de l'abcès, les résultats de l'opération ont été excellents.

La malade de l'observation 13 eût sans doute succombé très-vite, si l'opération ne fût venue enlever les parties cariées de l'articulation. L'amélioration remarquable que nous avons signalée comme une conséquence immédiate de l'opération est le meilleur argument que nous puissions offrir en faveur de celle-ci.

Quant au sujet de l'observation 13, il put se servir du membre opéré deux mois après, et cependant il y avait eu une altération concomitante assez grave de l'acétabule.

Ces observations prouvent, de plus, le peu d'importance à attacher aux objections de quelques chirurgiens qui ont craint, en opérant sur l'acétabule, de pénétrer dans le bassin, de blesser la vessie, le péritoine, etc. etc., comme si, avant de produire tous ces dégâts, l'instrument du chirurgien n'avait pas à traverser des aponévroses résistantes, des muscles épais.

3° *La perforation de l'acétabule est-elle une contre-indication ?*

Jusqu'ici nous n'avons considéré que les cas dans lesquels il existait une simple altération concomitante de l'acétabule *sans perforation.*

Mais même, lorsqu'une aussi grave complication se montre, la résection peut, il paraîtrait, être pratiquée avec succès. Le cas est excessivement grave, et la plupart des chirurgiens reculent devant l'opération. M. Hancock, de l'hôpital de Charing-Cross, la préconise cependant, même dans ces cas, et la pratiqua une fois avec succès, comme le prouve l'observation suivante, publiée dans *la Lancette* de Londres, année 1857, tome I, page 421.

Observation XVI. — Timothy D..., 14 ans, affecté d'une coxalgie qui avait débuté, cinq ans auparavant, par une tuméfaction de l'aine.

Deux ans après, des abcès se formèrent autour de l'article. Pendant trois mois, il fut dans le service de M. Hancock, à l'hôpital de Charing-Cross, et en sortit guéri en apparence ; mais, au bout de dix mois, une douleur intense au genou le fit entrer de nouveau à l'hôpital.

Peu de temps après, des abcès se formèrent autour de la hanche, s'ouvrant derrière le trochanter et à la partie postérieure et supérieure de la cuisse et en dernier lieu dans l'aine Un stylet introduit par l'orifice de ce dernier pénétrait dans le bassin. Le malade devint émacié. Épuisé par une suppuration abondante et des sueurs nocturnes, il semblait ne pouvoir vivre longtemps. Il avait de la toux, et son expectoration devint même légèrement sanguinolente. Le Dr Willshire l'examina, et ne trouva rien dans les poumons qui contre-indiquât une opération. Un stylet introduit par l'abcès qui s'était ouvert dans l'aine fit reconnaître une perforation de l'acétabule.

M. Hancock, concluant que l'abcès intra-pelvien et l'état général du malade étaient dus à la maladie de la hanche, se décida à réséquer l'extrémité supérieure du fémur et le fond de l'acétabule. Le 6 décembre 1856, il procéda à l'opération en présence de ses collègues. Il eut recours à une incision cruciale sur le grand trochanter et réséqua le fémur au-dessous de cette apophyse. *Il n'y avait point de luxation.*

L'acétabule communiquait par deux ouvertures avec l'abcès intra-pelvien. A l'aide d'une scie étroite et effilée, tout le fond de la cavité fut enlevé, et l'aponévrose pelvienne épaissie, exposée, laissant ainsi une route libre pour l'écoulement du pus.

Il y eut très-peu d'hémorrhagie, pas une artère ne réclama de ligature.

Amendement considérable aussitôt après l'opération ; — deux jours après, plus de sueurs nocturnes ; — le troisième jour, cicatrisation de l'ouverture inguinale de l'abcès. Au bout de quinze jours, il put quitter son lit, s'asseoir auprès du feu ; — la troisième semaine, il put marcher avec une béquille et un bâton à la main. Mais à la huitième semaine, ayant voulu marcher sans béquille ni bâton, il ressentit de la douleur à la hanche ; cette partie s'enflamma et un abcès s'y forma, mais en dehors du bassin.

Dans peu de temps, cette inflammation disparut ; il regagna rapidement ses forces et son embonpoint et put faire chaque jour une promenade à pied dans le parc de Saint-James.

Certes, c'était là un beau succès ; mais, dans un autre cas du même genre, un érysipèle qui survint le huitième jour enleva la malade.

Observation XVII. — A son entrée à l'hôpital, celle-ci présentait à la partie externe de la hanche les ouvertures de deux trajets fistuleux, à travers lesquels l'on pouvait faire pénétrer un stylet dans l'intérieur du bassin. Auprès de l'épine iliaque antérieure et inférieure, se voyait la cicatrice d'un abcès guéri. Une suppuration abondante et la fièvre hectique la minaient graduellement.

En pratiquant l'opération, M. Hancock trouva qu'une ankylose s'était formée entre le rebord cotyloïdien et la tête du fémur; cette tête était rugueuse, cariée et aplatie. Le fond de l'acétabule était carié et perforé en plusieurs points.

L'extrémité supérieure du fémur, le fond et la partie supérieure de l'acétabule, ainsi que l'épine et une grande partie de la tubérosité ischiatique. furent réséqués.

La malade alla bien pendant huit jours; mais, au bout de ce temps, la hanche fut affectée d'érysipèle et elle mourut le même soir.

Trois jours après l'opération, ses menstrues, qui depuis six mois n'avaient point paru, revinrent et continuèrent jusqu'au sixième jour.

Ainsi voici deux cas dans lesquels une implication considérable de l'acétabule, avec perforation même, avait été reconnue d'avance, et cependant l'opération fut pratiquée. Dans l'un d'eux, le succès le plus complet vint donner raison à l'opérateur; dans l'autre, tout faisait espérer une issue favorable, lorsqu'un érysipèle, survenu le huitième jour, vint détruire cet espoir; l'opération fut bien cause de la mort, mais une cause indirecte. La cause directe, ce fut l'érysipèle; et il n'est aucune opération, pas même la plus simple, qui en soit à l'abri.

Quant aux arguments en faveur de l'opération dans ces cas, voici ce que dit M. Hancock :

« L'acétabule est séparée de la cavité du bassin par les aponévroses pelviennes et obturatrices, les muscles obturateur interne et releveur de l'anus. La matière purulente de l'abcès se trouve en dehors de l'aponévrose obturatrice, entre elle et l'os, la décollant dans une plus ou moins grande étendue; de sorte qu'entre l'acétabule et les viscères du bassin il existe un certain intervalle. Comme dans les cas de toute collection purulente, la première indication est d'évacuer le pus. » Alors, et seulement alors, l'on peut espérer obvier à l'irritation constitutionnelle, à la fièvre hectique, que détermine une cavité suppurante, et de plus, chose importante, empêcher le

pus de se frayer des *routes tortueuses* et de désorganiser les parties environnantes.

L'ouverture spontanée d'un abcès intra-pelvien ne guérit pas le mal, parce que dans la position qu'affecte généralement le malade, c'est la cavité cotyloïde qui est la portion la plus déclive du bassin.

Ce n'est donc que lorsqu'on permet au pus de sortir librement par l'acétabule, que l'on peut espérer voir se vider complétement l'abcès pelvien, et par contre en obtenir la contraction. De plus les viscères du bassin contribueront par leur poids à diminuer la cavité purulente et à en rapprocher les surfaces.

§ II.

DE L'ÉTAT GÉNÉRAL COMME CONTRE-INDICATION.

Une autre objection fort grave que l'on a faite à la résection de l'articulation coxo-fémorale, c'est que l'état local n'est que l'expression d'une diathèse générale ; que les symptômes observés, bien qu'aggravés sans aucun doute par la maladie locale, sont dus néanmoins à la pernicieuse influence surtout de la diathèse générale, qui seule amène tôt ou tard la mort. On a dit : les coxalgies qui réclament la résection de l'article sont le plus souvent, si ce n'est toujours, de nature scrofuleuse ; étouffez par une opération l'expression de cette diathèse, et l'incendie s'allumera autre part.

Après des opérations pratiquées pour d'autres affections de nature scrofuleuse, ce pronostic s'est en effet réalisé quelquefois.

Ainsi nous nous rappelons avoir donné des soins, dans le service de M. Erichsen, à un jeune garçon de 12 ans, affecté simultanément de carie des os du nez et de tumeur blanche du coude gauche ; les os cariés furent enlevés par M. Erichsen, et le coude réséqué. Les extrémités osseuses s'étant nécrosées, nouvelle résection ; le malade guérit très-bien : une pseudarthrose se forma.

Quelques mois après, il entra de nouveau à l'hôpital avec une tu-

meur blanche du genou droit. Le mal progressa rapidement, des abcès se formèrent autour et dans l'article, fusant au loin sous les muscles de la jambe; des trajets fistuleux s'établirent, à travers lesquels on pouvait sentir les extrémités articulaires cariées. En un mot, la désorganisation était telle, que M. Erichsen dut recourir à l'amputation de la cuisse à son tiers inférieur; le malade sortit heureusement de cette terrible épreuve. Nous le croyions à l'abri d'une nouvelle affection du même genre, lorsqu'en septembre dernier, pendant une visite à l'hôpital de l'Université, nous fûmes surpris de le reconnaître dans le service de M. Erichsen. Cette fois, c'était la hanche gauche qui était rouge, tuméfiée, extrêmement douloureuse, présentant les ouvertures de deux trajets fistuleux, près du grand trochanter.

Ainsi, à mesure que le chirurgien parvenait à enlever avec succès une articulation malade, la diathèse scrofuleuse, un moment assoupie, se réveillait de nouveau pour assaillir une autre articulation; le pauvre malade, depuis que je ne l'avais vu, avait engraissé même. Il avait tout le temps été soumis à un traitement antiscrofuleux : sirop d'iodure de fer, huile de foie de morue; régime fortifiant, vin, bière, etc. etc., et avait passé six mois sur les bords de la mer, à l'infirmerie de Margate; il n'avait jamais eu de symptômes de phthisie pulmonaire.

Dans d'autres cas, c'est un viscère thoracique ou abdominal que le mal affecte.

C'est ainsi que Brodie cite le cas d'une jeune fille dont il amputa le bras pour une maladie scrofuleuse du coude, et qui, aussitôt après la cicatrisation de la plaie, présenta des symptômes d'une affection tuberculeuse des glandes mésentériques, dont elle mourut en peu de temps.

Le même auteur mentionne encore le cas d'un individu dont la jambe fut amputée pour une affection scrofuleuse des os du tarse, qui, peu de temps après l'opération, présenta des symptômes de

phthisie pulmonaire commençante, tandis que l'autre pied fut à son tour attaqué de la même manière que le premier.

Mais heureusement, pour les malheureux affectés de maladies scrofuleuses des articulations, que la résection ou l'amputation des parties malades ne les prédispose pas toujours à un retour de la maladie dans une autre articulation ou à une affection tuberculeuse des poumons ou des glandes mésentériques. Au contraire l'opération semble souvent imprimer à l'économie une réaction salutaire et la préserver pour l'avenir d'une autre manifestation de la diathèse primitive.

S'il coexiste déjà une affection viscérale quelconque, l'opération peut servir encore à la rendre stationnaire, plus même, à la faire rétrograder.

En effet, voyons un malade affecté de coxalgie scrofuleuse avec abcès, trajets fistuleux, carie, luxation de la tête du fémur, suppuration abondante. Le malheureux est toujours obligé de garder la même position : le moindre mouvement lui arrache des cris ; pour lui pas de repos ; la nuit, s'il sommeille un moment, il est réveillé en sursaut par une douleur intense à la hanche ou au genou ; des sueurs abondantes et acides l'affaiblissent ; il n'a point d'appétit ; il tousse et expectore une matière épaisse, purulente. Maintenant, que la résection de l'os luxé soit pratiquée, que le rebord cotyloïdien, s'il est carié, soit enlevé, et le fond de l'acétabule nuginé, s'il y a lieu, et examinons le même individu quelques jours après. C'est à peine si nous le reconnaîtrons : il peut jouir maintenant d'un sommeil réparateur, ses douleurs, s'il lui en reste encore, sont considérablement diminuées, son appétit revient peu à peu, les sueurs nocturnes ont ou cessé complétement ou sont peu abondantes ; il ne tousse plus et n'expectore plus autant ; à la hanche, il y a moins de suppuration et elle est de meilleure nature.

Ce tableau n'est pas exagéré : l'immense amélioration que nous avons décrite a été plus d'une fois constatée par nous, et la plupart des observations que nous avons citées en font foi.

Dans une leçon clinique sur la résection du coude, M. Robert professe la même opinion :

«Vous observerez souvent, dit ce chirurgien, comme résultat immédiat de l'opération, une amélioration notable de la santé générale, la suppression des douleurs, donnant au malade un sommeil réparateur, et lui permettant de manger un peu, ce qui lui était complétement impossible auparavant.

« Enfin les individus atteints de carie ont souvent des accès de fièvre causés par la suppuration et les douleurs ; l'opération supprime immédiatement les accès fébriles ; il ne faut donc pas les considérer comme une contre-indication à l'opération. » (*Confér. de clin. chir.*, p. 477.)

Pour nous donc, il n'est pas douteux qu'une opération pratiquée sur des sujets scrofuleux peut souvent arrêter les progrès d'une maladie viscérale, progrès qui n'avaient été rapides et marqués que parce que la constitution affaiblie, épuisée par la maladie articulaire à la période suppurative, ne pouvait que faiblement réagir. Cette source d'épuisement une fois tarie, l'économie se relève et oppose au mal une résistance souvent victorieuse. Cette conviction a été confirmée en nous depuis un cas que nous avons observé dans le service de M. Quain, à l'hôpital de l'Université, à Londres.

C'était un jeune homme de 22 à 23 ans, avec une phthisie pulmonaire à la période de ramollissement, et s'accompagnant d'expectoration purulente, de bruit de pot fêlé et de gargouillement. Il avait en même temps une affection scrofuleuse du genou droit, avec abcès, trajets fistuleux, et désorganisation complète de l'article. M. Quain refusa d'amputer le membre; mais, vaincu par les prières et les obsessions du jeune homme, il consentit, malgré le peu de chances qu'avait l'opération de réussir. L'amputation de la cuisse dans son tiers inférieur fut faite, et, à la grande joie de tout le monde, elle réussit complétement. Les lambeaux de la plaie se cicatrisèrent rapidement, l'état général s'amenda d'une manière con-

sidérable, la toux et l'expectoration diminuèrent, les sueurs nocturnes cessèrent, avec l'appétit les forces revinrent, et un mois après le malade pouvait, à l'aide de béquilles, faire le tour de sa chambre.

Brodie cite une observation à peu près pareille (*On the joints*, p. 151).

Une jeune fille entra à l'hôpital Saint-George pour se faire traiter d'une affection scrofuleuse de l'articulation tibio-tarsienne qui datait de longtemps. Des abcès communiquaient avec des surfaces considérables d'os carié, et il n'y avait aucune chance de voir guérir l'affection articulaire. Sir Benjamin ne voulut point cependant proposer l'amputation de la jambe, parce que la malade avait une toux incessante avec expectoration purulente et d'autres indices d'affection pulmonaire.

Elle souffrait tellement cependant qu'elle supplia avec instance qu'on l'opérât, et, bien qu'à contre-cœur, Brodie accéda.

Le moignon se cicatrisa rapidement.

Les symptômes pulmonaires diminuèrent presque aussitôt, et quatre ou cinq ans après elle jouissait encore d'une bonne santé.

Dans un cas, M. Velpeau amputa une jeune fille chez laquelle M. Andral et plusieurs autres médecins avaient diagnostiqué des tubercules dans les deux poumons. Il eut non-seulement le bonheur de la voir guérir de l'amputation mais, ayant eu occasion de la revoir deux ans après, il la retrouva bien portante, fraîche et grasse, ne présentant plus aucun signe de tuberculisation. (Nélaton, *Élém. de pathol. chirurg.*, t. II, p. 227 ; observat. commun. par M. Richet.)

Nous avons observé nous-même, dans le service de M. Erichsen, un jeune garçon avec une coxalgie tuberculeuse, sur lequel la résection de la hanche fut pratiquée avec succès. Il présentait avant l'opération les symptômes d'une phthisie pulmonaire commençante, qui disparurent graduellement ensuite. A l'auscultation, l'on avait reconnu les signes physiques de la phthisie au premier degré.

Observation XVIII. — William W..., 7 ans et demi, entra à l'hôpital de l'Université le 22 décembre 1856. Douleurs à la hanche, après une chute depuis trois ans ; claudication ; fut soigné dans divers hôpitaux ; boita moins. Huit jours après son admission, ouverture d'un large abcès, situé près du grand trochanter, par M. Erichsen. A son entrée, faiblesse extrême, émaciation, sueurs nocturnes profuses ; appétit médiocre ; langue rouge à la pointe, soif habituelle ; toux datant d'assez longtemps. A l'auscultation, respiration sus et sous-claviculaire du côté droit, rude ; expiration prolongée, matité assez étendue à la percussion (sa mère est morte de phthisie pulmonaire à l'âge de 26 ans) ; le membre gauche, 2 pouces et demi plus court que l'autre. Autour de la hanche, tuméfaction considérable ; peau rouge et excoriée, perforée à la partie supérieure et externe de la cuisse. Un stylet introduit par ces perforations rencontre, à 2 pouces environ de profondeur, une masse osseuse cariée, située en haut et en dehors de la cavité cotyloïde. En imprimant au membre un mouvement de rotation, l'on reconnaît que cette masse est la tête du fémur. Il y a flexion de la cuisse sur l'abdomen ; l'enfant reste couché sur le côté droit (le côté sain), et le corps penché en avant.

26 décembre. Ouverture d'un autre abcès vers le quart supérieur de la cuisse ; évacuation d'une quantité assez considérable de pus.

1er janvier 1857. Suppuration plus abondante ; sueurs nocturnes plus profuses ; toux constante ; perte de l'appétit, épuisement graduel.

7 janvier. Résection de la tête du fémur et ablation avec une gouge d'une très-petite portion cariée du rebord cotyloïdien. Ligature de trois petites artères. Huit jours après, amélioration remarquable ; l'enfant est plus gai ; l'appétit revient, la suppuration est abondante, mais de bonne nature.

L'amélioration ne fit que progresser, quoique avec lenteur ; il put marcher assez bien avec une bottine à talon élevé ; les symptômes pulmonaires disparurent, et quelques mois après il était très-bien.

Si les premières observations ne peuvent s'appliquer que par

analogie à la résection coxo-fémorale, la dernière, qui nous est propre, est concluante, nous l'espérons.

Se basant donc sur des faits comme ceux-là, le chirurgien peut, sans être taxé d'imprudence, avoir recours à la résection de l'articulation coxo-fémorale, même quand il coexiste une affection viscérale, pourvu toutefois qu'il soit sûr que la maladie de la hanche aggrave celle du viscère, et que celle-ci ne soit point arrivée à sa dernière période, alors qu'une terminaison fatale seule est possible.

§ III.

DE L'HÉMORRHAGIE COMME OBJECTION A L'OPÉRATION.

Les autres objections qu'on a soulevées contre la résection de la hanche ne sont guère valides. Ainsi l'on ne peut, en conscience, lui appliquer l'épithète de *formidable*, comme le fait M. Syme. Il n'y a rien, selon nous, de si terrible dans cette opération. Les incisions qu'elle nécessite ne sont point étendues, et quant au danger d'une hémorrhagie, il est imaginaire ; quelques branches de l'artère fessière sont les seules exposées, et le sang qu'elles fournissent n'est guère considérable.

Dans une seule des observations que nous avons citées (obs. 18), il fut nécessaire de lier de petites artères ; dans toutes, à peine si le malade perdit quelques grammes de sang ; et c'est là, l'on en conviendra, une importante considération dans les cas de coxalgie où le sujet, déjà épuisé par une suppuration abondante, a besoin de tout le sang qui lui reste.

Observation XIX. — Dans un cas opéré par M. Haynes Walton, vers la fin d'octobre 1848, le malade mourut d'hémorrhagie quelques heures après, avant qu'on eût le temps de lui porter secours ; mais cette hémorrhagie n'était point causée par l'opération, elle

provenait de la veine fémorale profonde qui était ulcérée dans le point où elle se jette dans la veine fémorale commune.

Un abcès que M. Walton avait, quelque temps avant l'opération, ouvert à la partie interne de la cuisse près du scrotum s'était étendu profondément au milieu des adducteurs de la cuisse, isolant l'artère et la veine des autres tissus, et causant une ulcération de la veine fémorale profonde.

La coxalgie datait de trois ou quatre ans; il y avait eu de nombreux abcès; mais la tête du fémur n'était pas luxée, et le col fut réséqué près des trochanters.

Astley Cooper mentionne aussi, dans ses *leçons orales*, un cas de coxalgie, dans lequel un abcès troua l'*artère fémorale.*

Observation XX. — En 1847, M. Roux pratiqua la résection de la tête du fémur sur un jeune garçon de 15 ans. Il y avait luxation en arrière et en haut.

Avant l'opération, douleur constante; amaigrissement considérable, toux continuelle.

La tête et le col furent enlevés, le cartilage incrustant avait disparu; l'os ramolli et de couleur jaunâtre pouvait être facilement coupé avec le scalpel.

Il y eut une *hémorrhagie* secondaire dont on eut facilement raison par le tamponnement.

Mort le septième jour. Malade épuisé par la suppuration.

A l'*auptosie :* large abcès sous les muscles fessiers; acétabule carié, le rebord cotyloïdien détruit; fémur carié au-dessous du point où la section avait été opérée; périoste détruit; canal médullaire rempli de pus; branche horizontale du pubis cariée aussi. (*Gazette des hôpitaux,* mars 1847.)

Dans ce cas il y eut, il est vrai, une hémorrhagie secondaire, et le malade mourut quelque temps après. Mais l'hémorrhagie fut-elle pour rien dans cet insuccès? Nous ne le pensons pas.

En effet l'autopsie démontra que la désorganisation des parties était très-considérable, et certes l'on ne pouvait espérer que la simple ablation de la tête et du col du fémur pût arrêter les progrès de la maladie. Ce n'est qu'à la persistance d'une suppuration abondante et de mauvaise nature, suppuration entretenue par les parties cariées que l'opérateur n'avait point enlevées, que la mort peut seule être attribuée selon nous. Le rôle de l'hémorrhagie, si elle en joua un, ne fut que d'une importance secondaire.

Quant au malade de M. Walton, il eût péri certainement d'hémorrhagie, que la résection eût été tentée ou non.

Cet insuccès ne peut avec justice être mis sur le compte de l'opération, car la cause qui le produisit en était indépendante.

Si maintenant nous opposons à ces deux cas (les seuls que nous ayons pu recueillir dans lesquels il y eut une hémorrhagie) les observations nombreuses que nous avons mentionnées dans lesquelles pas la moindre ligature ne fut requise, l'on conviendra que nous pouvons facilement éliminer l'hémorrhagie du nombre des objections à la résection de la hanche.

CHAPITRE III.

Des coxalgies qui ne réclament point la résection.

§ 1er.

DE LA FORME ARTHRITIQUE OU SYNOVITIQUE DE LA COXALGIE.

Il est certains cas de coxalgie (qu'avec M. le professeur Erichsen nous nommerons la forme arthritique) dans lesquels la synoviale

est la première attaquée. Cette forme de coxalgie est peu commune, l'articulation étant protégée contre les influences extérieures par une couche musculaire épaisse, tandis qu'au genou, où le contraire a lieu, cette affection est fréquente. Nous avons observé plusieurs cas de ce genre, mais nous ne citerons que le suivant comme réunissant les principaux caractères qui distinguent cette forme des autres, c'est-à-dire la marche aiguë de l'affection, la douleur intense qu'elle produit dès le début dans l'articulation elle-même, la fièvre qui l'accompagne, et la terminaison fréquente par résolution ou par ankylose, si la maladie a gagné les cartilages incrustants.

H..... (F.), âgée de 15 ans, entra, le 27 novembre 1857, à l'hôpital de l'Université. Elle ressentit pour la première fois de légères douleurs à la hanche gauche, environ un mois auparavant. La douleur est depuis une semaine considérablement augmentée. Elle a son maximum d'intensité dans l'articulation elle-même, de là, s'étend le long de la face interne de la cuisse jusqu'au genou.

La malade est incapable de se mouvoir, elle est couchée sur le dos, mais penchée du côté malade; la cuisse droite est légèrement fléchie sur l'abdomen et dans l'abduction et la rotation en dehors. Ce membre paraît plus long que le gauche; mais, en mesurant les deux membres de l'épine iliaque supérieure et antérieure à la rotule, l'on ne peut constater un allongement réel que de quelques lignes.

L'articulation coxo-fémorale est tuméfiée, plus arrondie qu'à l'état normal; la surface en est chaude et légèrement rouge.

Le plus léger frôlement contre l'article exaspère la douleur; le plus léger ébranlement du lit par une personne marchant un peu lourdement dans la salle lui arrache des cris.

Le genou ne présente rien d'anormal, la malade y ressent une légère douleur, mais considérablement moins qu'à la hanche.

État général. Réaction fébrile intense, pouls à 120, sueurs noc-

turnes, perte complète d'appétit, soif, amaigrissement rapide, insomnie.

M. Erichsen prescrivit localement 12 sangsues autour de la hanche, fomentations après ; calomel, 2 grains ; opium, demi-grain, pour une pilule, à prendre toutes les six heures.

Ce traitement est suivi jusqu'au 6 décembre, c'est-à-dire pendant dix jours. La douleur diminuant ainsi que la sensibilité de la hanche, une longue attelle est appliquée en dehors du membre s'étendant des fausses côtes jusqu'à un peu au-dessous du pied, tandis que la malade était sous l'influence du chloroforme.

Le 11 décembre, l'attelle, causant de la douleur, est enlevée, et on lui substitue un bandage dextriné, embrassant tout le membre, et continué par un spica jusqu'aux fausses côtes. L'articulation malade est ainsi dans le plus complet repos.

On cesse le calomel qu'elle avait pris jusqu'alors, les gencives étant devenues sensibles et légèrement rouges et gonflées. Quelques jours après, huile de foie de morue, sulfate de quinine, alimentation nourrissante, l'appétit revenant peu à peu.

Le 5 janvier, le bandage dextriné est incisé le long de la face externe du membre, et l'état de la hanche est reconnu très-satisfaisant et sans la moindre tuméfaction. On réapplique par précaution un bandage dextriné et l'on permet à la malade de sortir du lit et de s'asseoir près du feu. Elle put ensuite se promener avec des béquilles, et quinze jours après elle allait à la campagne. Avant sa sortie de l'hôpital, sauf la roideur qui faisait craindre une ankylose, la hanche était parfaitement normale.

Le membre paraissait maintenant plus court, mais ne l'était pas réellement, la malade laissant tomber tout le poids du corps sur le membre sain et inclinant le bassin obliquement du côté sain.

Avec l'appétit, les forces étaient graduellement revenues et avec elles de l'embonpoint.

Dans cette variété de coxalgie, à moins que la maladie n'ait fait

des progrès considérables, comme nous le dirons plus loin, la résection n'est pas indiquée. Un traitement actif et judicieux, employé dès le début, obtiendra le plus souvent la résolution du mal ou tout au moins une ankylose. Si cette ankylose est fausse ou incomplète, causée par la roideur des muscles environnants ou par un épaississement des parties molles de l'article, on peut la guérir, comme nous l'avons vu faire dans un cas par M. Erichsen, en imprimant à l'article, tandis que le malade est sous l'influence du chloroforme, des mouvements forcés de flexion et d'extension.

Si elle est *complète* au contraire, due à la fusion, pour ainsi dire, des extrémités osseuses articulaires, le parti le plus sage est de ne rien faire, pourvu toutefois que le membre soit étendu sur le bassin. Une plus grande élasticité de la colonne vertébrale lombaire compensera jusqu'à un certain point la roideur de l'article, et le malade apprendra peu à peu à se passer des mouvements de la hanche. Mais, si le membre s'est ankylosé dans une position vicieuse, formant par exemple un angle aigu avec le bassin, de sorte que le pied ne peut toucher le sol, il reste encore la ressource de l'opération de Rhea Barton, pratiquée avec succès par lui et par Rodgers, de New-York. Une portion du fémur, près des trochanters, est réséquée et une pseudarthrose s'établit entre les extrémités de l'os qu'on a soin de tenir éloignées pendant le traitement. C'est là une opération hardie, et, comme pour remédier à une difformité elle expose la vie du malade, nous ne serions pas, pour notre compte, disposé à l'employer.

§ II.

COXALGIES DÉPENDANT D'UNE CARIE DE L'ÉPINE.

La perforation de l'acétabule ne constitue pas pour nous, comme nous l'avons déjà dit, une contre-indication formelle à la résection

coxo-fémorale, s'il n'existe point d'autres complications graves du côté des viscères thoraciques ou abdominaux.

Mais il est de la plus grande importance de s'assurer que cette perforation est secondaire à une coxalgie, et ne coexiste pas avec une carie des vertèbres lombaires.

Dans ce dernier cas, en effet, le pus qui descend dans la gaîne du psoas irrite et désorganise les parties dans l'intérieur du bassin, produit souvent un abcès de la fosse iliaque, lequel, à son tour, peut déterminer la carie de l'acétabule.

Un précieux élément de diagnostic dans ces cas, c'est la préexistence de douleurs lombaires à tout symptôme du côté de la hanche. Un autre tout aussi important, d'après M. Hancock, c'est le point de l'aine où se fait l'ouverture spontanée de l'abcès pelvien.

Si le pus provient d'une perforation de l'acétabule dans le cours d'une coxalgie primitive, c'est entre l'os et l'aponévrose obturatrice qu'il se frayera un passage, et c'est à la partie externe de l'aine, près de l'épine iliaque antérieure et inférieure, qu'il viendra le plus souvent pointer. Le pus, au contraire, qui descend dans la gaîne du psoas vient perforer le milieu de l'aine.

Dans le premier cas, un stylet légèrement courbé introduit par l'ouverture fistuleuse pénétrera dans l'acétabule, s'il est dirigé en bas et en arrière ; la direction qu'il faudra lui donner dans le second cas, au contraire, sera en arrière et en haut.

Dans le premier cas aussi, il y aura souvent autour de l'article d'autres ouvertures fistuleuses, provenant de la rupture d'abcès circonvoisins, qui n'existeront pas dans le second.

Un troisième élément de diagnostic, c'est l'âge du malade; en effet, ce sont les enfants ou les jeunes gens pubères qu'affecte principalement la coxalgie. C'est une maladie très-rare après 21 ans.

Toutes les fois donc qu'un individu âgé de plus de 20 ans présentera des symptômes de coxalgie, l'on devra toujours s'enquérir avec soin si des douleurs de reins ont précédé les douleurs de la hanche; l'on tiendra compte de la situation de l'ouverture exté-

rieure de l'abcès pelvien, et l'on s'assurera s'il y a tuméfaction des vertèbres lombaires, sensibilité plus grande à la pression, à la chaleur, etc. etc.

On recherchera aussi s'il n'existe pas dans les membres inférieurs quelque diminution dans la sensibilité.

Dans l'observation suivante, recueillie par nous dans le service de M. Erichsen, la plupart de ces signes différentiels se trouveront réunis :

E. B..., 25 ans. Un an avant son entrée à l'hôpital de l'Université, *douleurs lombaires;* — trois mois après, tumeur de la région inguinale droite, et pour *la première fois douleurs dans la hanche.*

La tumeur est fluctuante, douloureuse au toucher, elle est située *au milieu de l'aine* un peu au-dessous du ligament de Poupart; à mesure qu'elle s'accroît, augmentation considérable des douleurs coxales, plus de douleurs lombaires; pouls faible, très-rapide, fièvre hectique.

La tumeur, étant reconnue pour un abcès, est ponctionnée par M. Erichsen, et environ 4 onces de pus évacuées. Amendement passager des symptômes. Quelque temps après, douleurs coxales encore plus violentes qu'auparavant. Suppuration profuse, immobilité forcée du malade, tout mouvement exaspérant les douleurs. Pas d'abcès autour de l'article; fièvre hectique; épuisement graduel. Mort six mois après son entrée à l'hôpital.

Autopsie : carie des trois premières vertèbres lombaires; désorganisation du psoas droit, fusée purulente dans sa gaîne; vaste collection purulente dans la fosse iliaque droite, perforation de l'acétabule de la largeur d'un schelling, communiquant avec cet abcès.

Les os du bassin autour de l'acétabule cariés; la tête fémorale, dénudée de son cartilage, occupe encore la cavité cotyloïde.

Nous avons à peine besoin d'ajouter que la résection est formellement contre-indiquée dans ces cas. En effet l'on ne peut guérir la cause première du mal par une opération, et quelque grande que

puisse être l'amélioration dans l'état du malade, elle ne sera que passagère, et la mort arrivera tôt ou tard. Dans bien des cas cependant ce diagnostic si important ne peut être posé. Les douleurs de reins peuvent avoir disparu ; il n'y a aucune tuméfaction, pas la moindre sensibilité de la région lombaire, rien qui fasse soupçonner une carie de l'épine.

Il n'y a point de collection purulente qui fasse saillie dans l'aine, tandis que des ouvertures fistuleuses existent à la partie externe de l'article. Certes voilà un ensemble de phénomènes bien fait pour induire en erreur, et il n'est pas étonnant que des erreurs aient été commises.

Observation XXI. — Chez un malade de M. Henry Smith, W. R....., 35 ans, la résection de la tête du fémur fut pratiquée pour une coxalgie datant de dix-sept mois, et qui avait été *précédée par des douleurs de reins*. Lorsqu'il fut vu par ce chirurgien, il y avait une luxation iliaque et des ouvertures fistuleuses autour de l'article ; pas de gonflement de l'aine , pas de sensibilité ou de tuméfaction des vertèbres lombaires.

Amaigrissement rapide ; sueurs nocturnes profuses. Après l'opération : amélioration sensible ; convalescence très-lente ; trois mois après, gonflement du membre, œdème du pied. Mort quinze jours après l'apparition de ces symptômes.

A l'*autopsie*, on reconnut *une carie des vertèbres* lombaires, d'où partait *un large trajet fistuleux*, qui *s'étendait jusqu'à l'acétabule carié*.

L'extrémité réséquée du fémur était unie à la partie inférieure de la cavité cotyloïde par un tissu ligamenteux très-ferme, et en arrière une dépression de l'os des iles recevait cette extrémité du fémur.

Les reins offraient les caractères de la dégénérescence graisseuse.

Observation XXII. — Dans un cas de résection de la tête du fémur, pratiquée par M. Hilton, le 23 février 1858, à l'hôpital de Guy (Londres), le malade mourut quinze jours après. C'était un homme de 54 ans environ ; depuis dix-huit mois, il était affecté d'une coxalgie du côté droit, qu'avait précédée un *engourdissement* de la *jambe droite.*

Lors de l'opération, il y avait luxation de la tête du fémur sur l'os des iles, des eschares sur le sacrum. Le malade semblait considérablement affaibli.

A l'*autopsie,* l'on s'aperçut qu'un abcès intra-abdominal s'était glissé au-dessous du ligament de Poupart et était venu s'ouvrir dans l'articulation. L'acétabule était sain. (*Lancet,* july 31, 1858.)

Pour nous, ces deux cas de coxalgie dependaient, selon toute probabilité, d'une carie des vertèbres lombaires. Dans la dernière observation, il n'est fait nulle mention, il est vrai, de carie de l'épine; mais nous pensons que le pus qui de l'abdomen avait passé sous le ligament de Fallope et de là s'était vidé dans l'article n'était autre chose qu'une collection purulente, ayant pour point de départ une carie des vertèbres et descendant dans la gaîne du psoas. Ce muscle, on le sait, est en contact immédiat avec la partie interne de la capsule articulaire; et ce sera probablement après avoir corrodé cette capsule, que le pus aura pénétré dans l'articulation et là amené une coxalgie.

Dans les deux cas, le malade était âgé. Dans le premier, des douleurs de reins précédèrent tout symptôme d'affection coxale; dans le second, ce fut un *engourdissement* du membre inférieur droit qui précéda la coxalgie.

Si les symptômes que nous avons énumérés comme caractérisant les coxalgies dépendant d'une carie de l'épine n'existent pas toujours au complet, ils ne sont pas tous absents non plus ; et l'existence de l'un d'eux suffira pour éveiller l'attention du chirurgien, qui,

par un examen attentif, pourra peut-être arriver à un diagnostic certain.

Ce diagnostic est important à établir ; car, nous le répétons, la résection de l'article est formellement contre-indiquée dans ces cas. Elle est *inutile,* parce qu'elle ne s'attaque pas à la cause première de la maladie, et elle peut être *nuisible,* en produisant un ébranlement trop violent pour une organisation profondément affaiblie.



CHAPITRE IV.

Des coxalgies qui admettent la résection.



§ Ier.

COXALGIES CHRONIQUES AVEC LUXATIONS DU FÉMUR.

Les coxalgies dans lesquelles la résection offre les plus grandes chances de succès sont celles qui sont passées à l'état chronique et sont accompagnées de luxation du fémur.

Que la maladie ait eu pour point de départ une ostéite simple, ou ait débuté insidieusement par un dépôt de matière tuberculeuse jaunâtre dans le tissu spongieux de l'os, dont la quantité de phosphate calcaire est diminuée ; ou que le mal, attaquant la synoviale d'abord, se soit propagé ensuite aux cartilages incrustants, produisant leur ramollissement et leur usure, puis aux os eux-mêmes, amenant leur inflammation, leur suppuration et leur carie ou leur nécrose ; les mêmes phénomènes se reproduisent toujours. Des abcès nombreux péri et intra-articulaires se forment, laissant après leur

rupture des trajets fistuleux, d'où s'écoule une suppuration abondante, et à travers lesquels on peut souvent sentir les os cariés.

Si la luxation survient, les symptômes s'amendent considérablement, et souvent alors, comme nous l'avons déjà mentionné, l'acétabule se guérit spontanément, se remplit d'une substance fibreuse ou spongieuse qui l'oblitère.

Cette amélioration n'est cependant que passagère. La tête cariée du fémur, jouant, pour ainsi dire, le rôle d'un corps étranger dans sa nouvelle situation, y détermine une irritation constante, cause d'une abondante suppuration qui épuise le malade. C'est dans ces cas surtout que la résection de la hanche a été suivie d'excellents résultats et dans lesquels elle est formellement indiquée.

Même si, après la luxation, une guérison spontanée par ankylose semblait devoir résulter, la résection serait encore indiquée ; car, excepté dans ces cas rares, comme ceux mentionnés par Boyer (*Malad. chirurg.*) et Coulson (*On the hip joint*), dans lesquels le déplacement eut lieu en bas, il y aurait un raccourcissement du membre souvent plus considérable que celui produit par la résection.

Dans les variétés les plus fréquentes de ces luxations, celles, par exemple, qui ont lieu en arrière et en haut, ou directement en arrière, un autre inconvénient encore plus grave s'ajouterait au raccourcissement : le membre serait tourné dans une direction vicieuse, vers le milieu de la cuisse opposée, non-seulement inutile lui-même, mais encore gênant la liberté des mouvements du membre sain. C'est, en effet, ce qui arriva chez le malade de l'observation 8.

Toutes les fois donc que dans une coxalgie, avec abcès, trajets fistuleux et luxation, la tête du fémur sera le point de départ d'une irritation suppurative constante, l'indication formelle est de la réséquer. L'opération présentera toutes les chances de succès désirables : la partie à enlever pourra être facilement atteinte ; l'acétabule aura eu le temps de réparer sa désorganisation ou sinon les parties qui en seraient cariées pourraient être enlevées aussi ;

et si le chirurgien a soin de ne pas attendre pour opérer le dernier degré du marasme, la constitution du malade aura encore des forces en réserve qui lui procureront une convalescence rapide.

Nous avons déjà rapporté plusieurs cas dans lesquels cette opération fut pratiquée avec un succès complet. L'observation suivante, que nous empruntons à une leçon clinique de M. Fergusson (*Lancet,* april 6, 1849), est un autre argument en faveur de l'opinion que nous soutenons :

Observation XXIII. — Elisabeth V..., 10 ans. Coxalgie depuis deux ans et demi, à la suite d'une chute sur la hanche gauche. Lors de son admission à l'hôpital, l'on reconnaît une luxation iliaque du fémur. Nombreux trajets fistuleux autour de la tête luxée.

Suppuration abondante. L'enfant est couchée sur le côté sain; le membre malade est dirigé vers la cuisse opposée, sur laquelle il repose un peu au-dessus du genou.

Le 13 janvier 1849, résection du fémur au-dessous du grand trochanter; tête de l'os cariée, réduite dans ses dimensions.

L'acétabule rempli par du tissu osseux. Pas une seule ligature.

Au bout de six semaines, elle put marcher avec des béquilles, poser le pied à terre, et laisser même une partie du poids de son corps être supportée par le membre opéré.

Trois mois après l'opération, elle partit pour la campagne, complétement rétablie.

§ II.

COXALGIES CHRONIQUES SANS LUXATION.

Mais, pour opérer, faut-il toujours attendre que la luxation de la tête du fémur ait eu lieu ? Dans ces cas, en effet, comme nous l'avons déjà dit, l'acétabule peut se guérir de lui-même, et il suffit, le plus souvent, d'enlever l'extrémité du fémur seulement. D'un

autre côté, tant que la tête du fémur et l'acétabule sont en contact, l'on peut espérer obtenir une ankylose et la guérison du malade, si ses forces ne sont pas épuisées par la suppuration et par la douleur, qui, par son intensité, joue un si grand rôle dans cet épuisement des forces.

L'ankylose, en effet, s'établit souvent dans ces cas, comme le démontrent d'assez nombreuses préparations dans les musées d'anatomie.

Nous en avons vu deux de ce genre au musée de King's College et deux autres au collége de l'Université. Chelius (édit. de South, tome I, page 258) en mentionne encore deux en sa possession; et M. Fergusson en cite aussi un cas arrivé dans sa pratique.

Mais en attendant trop longtemps, en étant trop prudent, on court le risque de laisser son malade mourir épuisé par la suppuration, — ou à un germe caché de tubercules le temps et le loisir de se développer, — ou bien encore à la maladie le temps de désorganiser complétement l'acétabule, de le perforer. Dans ces cas, ce n'est pas toujours près de l'épine iliaque antérieure et inférieure, au-dessous du ligament de Fallope, que le pus sécrété dans l'articulation se fraye un passage; souvent il détruit, il corrode la membrane aponévrotique qui tapisse la surface pelvienne de l'acétabule, et, se frayant un passage à travers les muscles du petit bassin, va perforer le rectum et se mêler aux fèces, ou bien le vagin, comme dans des cas cités par Astley Cooper (leçons orales).

Dans un cas du Dr Mackenzie, de Glasgow, il existait entre l'acétabule et le côlon une communication à bords lisses. Le malade, un jeune homme de 16 ans, était mort avec un foie énorme.

Dans un autre cas, cité par M. Coulson (*On the hip joint*), le pus alla comprimer le col de la vessie et produire une rétention d'urine.

Pour nous, il n'y a pas de doute qu'une résection pratiquée à temps peut seule empêcher d'aussi graves complications. Comment, en effet, attendre, pour opérer, qu'un fait pathologique se produise

sur l'existence duquel l'on peut si souvent être induit en erreur? Combien de fois des chirurgiens, dont nul ne peut contester le talent et l'expérience, ont cru reconnaître des luxations spontanées du fémur, là où il n'y en avait point. Dans les cas où la tête de cet os, une partie du col même, ont été détruites par la carie, la plupart des signes d'une luxation existent. Il y a raccourcissement du membre; le trochanter est situé plus haut et plus près du bassin; la hanche est aplatie, la cuisse tournée en dedans vers le côté sain. Si l'on ajoute à cela l'incurvation de la colonne vertébrale et l'obliquité du pelvis, la luxation sera souvent parfaitement simulée.

Comment faire alors? Il est vrai que l'on ne pourra sentir la tête du fémur; mais la sent-on toujours, et distinctement, dans tous les cas de luxation spontanée? et n'est-elle pas quelquefois si amincie, si réduite dans ses dimensions, qu'on peut la méconnaître?

Dans un cas, M. Fergusson, malgré sa grande expérience en fait de coxalgie, fut trompé lui-même.

Observation XXIV. — Il s'agissait d'une jeune fille de 19 ans, affectée d'une coxalgie ancienne avec abcès autour de la hanche et à la partie supérieure de la cuisse. M. Fergusson crut à une luxation partielle de la tête du fémur et résolut d'enlever cette tête; mais il la trouva fermement ankylosée avec l'acétabule. Le col du fémur à sa partie postérieure, près du grand trochanter, était carié. Cette partie fut réséquée après avoir d'abord enlevé le grand trochanter, afin d'arriver jusqu'à elle.

Huit jours après, un érysipèle violent enleva la malade.

Dans l'observation 13, nous avons signalé l'incertitude dans laquelle se trouvait le chirurgien à l'égard de la luxation. La direction du membre et l'attitude du malade semblaient indiquer une luxation; mais, à l'opération, l'on reconnut que la tête du fémur occupait encore la cavité cotyloïde.

Observation XXV. — Chez un malade de M. Morris, de Spalding, la luxation fut encore simulée. Ainsi le membre inférieur droit (celui du côté malade) était plus court que l'autre de 3 pouces environ, le genou droit était tourné vers la cuisse gauche; la plante des pieds regardait en dehors, et le gros orteil était placé entre le talon et les orteils du pied sain.

Il y avait saillie considérable du grand trochanter.

Résection de la tête du fémur, le 12 novembre 1849. *Point de luxation.*

Dix-huit mois après, guérison complète; cicatrice ferme; pseudarthrose excellente, mouvements parfaits, bien que le membre opéré fût de 3 pouces et demi plus court que l'autre.

Si la luxation peut être simulée, ce n'est donc plus un phénomène dont le chirurgien doit tenir rigoureusement compte. D'un autre côté, que la luxation existe ou non, les résultats de l'opération n'en seront pas pour cela modifiés. C'est là du moins ce que prouvent plusieurs de nos observations déjà citées (obs. 13, 14, 16, 25).

Le cas suivant, dans lequel nous vîmes pratiquer la résection de l'article par M. Bowman, à l'hôpital de King's College, le 4 avril 1857, en est une autre preuve aussi :

Observation XXVI. — Charles B....., 11 ans. La coxalgie commença dix-huit mois avant son entrée à l'hôpital. Abcès à la partie externe de l'article. Membre du côté malade beaucoup plus court que l'autre en apparence; plante du pied tournée en dehors; raccourcissement réel d'un demi-pouce seulement.

Formation d'abcès nombreux; suppuration profuse; amaigrissement considérable.

Le 4 avril, opération; malade sous l'influence de l'amylène.

La tête du fémur occupe encore la cavité cotyloïde, mais est repoussée du fond par une masse gélatiniforme vasculaire.

Résection de l'os au niveau du petit trochanter. Une portion ca-

riée du rebord cotyloïdien enlevée avec la gouge. Pas d'hémorrhagie.

En septembre de la même année, l'enfant marche sans béquilles avec un soulier à talon élevé, et peut se supporter un moment sur le membre opéré seul. Ce membre, mesuré de la crête iliaque, est d'un pouce et demi plus court que l'autre. Le fémur semble être fermement fixé sur la face externe de l'os iliaque ; mais le membre peut cependant exécuter des mouvements dans le sens antéro-postérieur, qu'augmente considérablement un mouvement de totalité du bassin.

Quand l'enfant est debout, il peut toucher le sol avec les orteils ; pas avec la plante du pied.

Plus de douleur aucune, le sujet a engraissé.

Il n'est donc pas indispensable, selon nous, d'attendre la luxation du fémur pour réséquer la hanche, parce qu'il n'est pas toujours possible de diagnostiquer avec certitude s'il y a luxation ou non ; que la présence ou l'absence de ce phénomène n'influence en rien les résultats de l'opération, et qu'en différant on laisse faire trop de progrès à la maladie.

§ III.

DU DANGER DE TROP DIFFÉRER L'OPÉRATION.

Un point important auquel nous avons plusieurs fois fait allusion et sur lequel nous voulons revenir avec plus de détails, c'est le danger de trop différer l'opération.

Nous avons déjà émis l'opinion que la diathèse scrofuleuse n'était pas une contre-indication à la résection coxo-fémorale. Nous avons même été plus loin : nous avons opiné en faveur de l'opération dans les cas mêmes où il y avait une phthisie commençante, et nous avons cité à l'appui de notre opinion un cas de ce genre observé

par nous, dans le service de M. Erichsen, sans compter d'autres observations d'opérations pratiquées chez des phthisiques qui peuvent très-bien être appliquées par analogie à la résection de la hanche.

Mais qu'il y ait ou non affection viscérale coexistante, si la fièvre hectique a pendant longtemps miné le malade, et une suppuration abondante épuisé ses forces, il est clair qu'une opération, au lieu de lui être utile, ne fera que hâter sa mort par l'impression profonde et l'ébranlement qu'elle produira. Mais ce n'est pas à la résection coxo-fémorale seulement que s'adresse cette objection; toutes les opérations quelles qu'elles soient y sont ouvertes, et c'est au chirurgien à décider s'il croit son malade capable de supporter le choc d'une opération.

Aussi pour éviter ce danger ne faut-il pas trop longtemps différer. L'excès nuit en tout. Un excès de prudence nuit souvent tout autant que trop d'empressement ou un excès d'audace, et en chirurgie, comme dans la vie commune, le précepte d'Horace est toujours applicable : *Est modus in rebus*, etc. etc.

C'est au chirurgien à exercer son jugement dans ces cas, à savoir choisir le moment propice, à ne pas rester en deçà des bornes de la prudence, ni aller au delà. S'il existe surtout une affection viscérale que la maladie locale aggrave, il ne faut pas la laisser progresser trop avant. A plus forte raison, s'il n'existe point de complication aussi grave, et si ce n'est qu'une copieuse suppuration, des sueurs nocturnes abondantes, des nuits sans sommeil qui plongent le malade dans le marasme malgré une forte alimentation, impuissante néanmoins à réparer ses pertes; il ne faut pas attendre pour opérer que l'économie soit complétement épuisée et ne puisse réagir contre le choc d'une opération.

D'ailleurs il est une autre raison pour laquelle une trop grande temporisation est dangereuse: chez les sujets atteints de coxalgie, il existe souvent un germe caché de tuberculisation, qui, tant que le malade jouit d'une santé médiocre, ne peut se développer; mais, dès qu'un affaissement considérable des forces, une prostration de l'éco-

nomie survient, ce germe trouve un sol fertile où il peut se développer à plaisir.

Plus même, et c'est là une opinion professée par M. Velpeau, le malade puise dans le foyer purulent des matières putrides qui peuvent, en réagissant sur l'économie, déterminer la formation de tubercules qui primitivement n'existaient point.

Aussi ce professeur pose-t-il en principe que l'amputation doit être pratiquée le plus tôt possible, c'est-à-dire dès que l'on a perdu tout espoir de guérison par les moyens ordinaires. Ce que M. Velpeau dit de l'opportunité de l'amputation, nous l'appliquerons à la résection dans les cas de coxalgie.

Si la phthisie pulmonaire a fait des progrès considérables, l'opération ne réussira pas le plus souvent.

Nous avons déjà cité plusieurs observations dans lesquelles la mort survint peu de temps après, causée manifestement par les progrès de la maladie pulmonaire.

Celles qui suivent rentrent encore dans la même catégorie :

Observation XXVII. — Un malade de M. Stanley, âgé de 13 ans, était affecté d'une coxalgie chronique. Il y avait luxation en avant sur la branche horizontale du pubis, et la tête du fémur était située entre l'épine iliaque antérieure et inférieure et les vaisseaux fémoraux.

Résection de la tête qui fut facilement exposée, l'acétabule rempli par une substance molle.

Après l'opération, suppuration profuse; perte graduelle des forces. Mort de phthisie quelques semaines après.

Observation XXVIII. — Chez un sujet âgé de 20 ans, sur lequel M. Haynes Walton pratiqua la même opération, la mort arriva trois mois après de phthisie. A l'autopsie, on découvrit que l'extrémité du fémur s'était arrondie et remplie comme l'extrémité d'un os après une amputation; elle était d'une très-grande dureté, tandis

qu'à l'époque de l'opération cette partie du fémur était aussi ramollie que le col, qui lui-même se brisa en deux morceaux, lors de la résection. Un ligament dense unissait l'extrémité supérieure du fémur au rebord antérieur de l'acétabule.

Si une phthisie commençante n'est donc pas une contre-indication à l'opération, comme le prouve l'observation 18, une phthisie confirmée dont les progrès sont déjà considérables en est une à coup sûr. On peut, il est vrai, même dans ces cas, guérir par une résection la maladie locale et obtenir à la hanche un heureux résultat, comme le démontre la dernière observation citée; mais la maladie viscérale déjà avancée ne sera pas enrayée et enlèvera le malade.

Après tout, qu'en résultera-t-il? La mort sera attribuée à l'opération, et le cas ira grossir le nombre des insuccès; puis viendra la statistique, qui, ne citant que le fait brut du nombre des décès, dira : La résection a été pratiquée tant de fois, elle a réussi dans tant de cas; elle a été suivie de mort dans tant d'autres cas; donc c'est une opération très-dangereuse qui ne réussit que rarement. Le résultat final en sera, que les chirurgiens n'oseront ou ne voudront pas la pratiquer dans les cas qui la réclament, et préféreront laisser leurs malades mourir d'épuisement que de pratiquer une opération discréditée.

Pour nous, donc, toute complication grave du côté des poumons est une contre-indication à l'opération, à moins toutefois qu'il ne soit évident que la maladie articulaire, par l'épuisement général qu'elle produit, aggrave la maladie viscérale, contre laquelle elle laisse l'économie sans force et sans vigueur. Toute règle, en effet, a ses exceptions, et, en chirurgie, il n'est pas toujours possible de poser des lois générales, chaque cas pouvant présenter une physionomie différente et réclamer de la part du chirurgien, seul juge dans ce cas, une conduite différente.

Ce n'est pas du côté des poumons seulement que peuvent surgir de graves complications. On sait en effet combien chez les indivi-

dus affectés de la maladie de Bright les opérations ont souvent une terminaison funeste. Dans les résections de la hanche aussi, les complications du côté des reins ont quelquefois amené la mort.

Observation XXIX. — C'est ainsi qu'un malade opéré par M. Walton, le 23 mars 1848, et qui était déjà convalescent, mourut au bout de trois mois, après avoir présenté les symptômes d'une affection rénale.

A l'autopsie, les reins furent trouvés profondément désorganisés; à la hanche, pseudarthrose excellente.

Dans l'observation 21, l'autopsie démontra aussi une altération des reins, à laquelle M. H. Smith (qui pratiqua la résection dans ce cas) attribua la mort.

Mais nous avons, avec M. Syme, rattaché l'issue funeste à la carie vertébrale, coexistant plus tôt, et nous nous sommes déjà expliqué sur ce sujet.

Avant de se décider à pratiquer la résection de l'articulation coxo-fémorale, le chirurgien devrait donc s'assurer toujours de l'absence de toute complication grave du côté des viscères thoraciques et abdominaux. L'auscultation pourra reconnaître l'état des poumons et du cœur; et l'examen de l'urine lui fournira les moyens de reconnaître une affection rénale.

Dans les coxalgies chroniques avec suppuration abondante, les symptômes de la phthisie sont souvent simulés, et si le chirurgien n'appelait pas l'auscultation à son aide, il pourrait souvent croire l'opération contre-indiquée quand elle est au contraire impérieusement réclamée.

Observation XXX. — Un malade de M. Samuel Solly, à l'hôpital Saint-Thomas, était affecté d'une coxalgie ancienne, résultat d'un accident; luxation iliaque; le malade épuisé par la suppuration; toux constante; expectoration muco-purulente; sueurs nocturnes. L'extrémité du fémur fut réséquée le 2 avril 1852. La cavité coty-

toïde beaucoup moins profonde, remplie par une matière plastique, ossifiée çà et là. Mort d'érysipèle dix-sept jours après. A l'*autopsie*, pas de traces de tubercules pulmonaires, rien d'anormal dans les poumons.

Dans une leçon clinique qu'il fit à ce sujet, M. Solly exprima ses regrets de n'avoir pas opéré six mois plus tôt. Le malade eût été moins épuisé, et l'économie aurait pu trouver des forces pour résister à l'érysipèle.

M. Solly, en un mot, professe la même opinion que celle que nous avons énoncée au commencement de ce paragraphe. Le simple épuisement des forces, amené par une trop grande temporisation, est, selon lui, comme pour nous, une cause de mort fréquente après les résections de la hanche. A quoi, en effet, attribuer la mort survenue deux ou trois jours après dans beaucoup de cas de résection de la hanche, si ce n'est à cette prostration vitale produite par la suppuration abondante qui a longtemps miné le malade?

Les deux observations qui suivent nous offrent des exemples de ce genre de mort :

Observation XXXI. — Le 12 février 1852, M. Cæsar Hawkins opéra une petite fille de 10 ans, pour une coxalgie qui datait de quatre ans. Il y avait luxation sur l'os des iles. Le fémur fut réséqué à 1 pouce environ au-dessous du grand trochanter ; une portion de la cavité cotyloïde fut ruginée ; quelques vaisseaux liés. Avant l'opération, il y avait un affaiblissement considérable qui n'alla qu'en augmentant, et le malade mourut trois jours après.

A l'*autopsie,* l'on reconnut que le fond de la cavité cotyloïde était perforé.

Observation XXXII. — M. Simon, de l'hôpital Saint-Thomas, réséqua la tête du fémur et une toute petite partie du rebord cotyloïdien

dans un cas de coxalgie avec abcès nombreux, trajets fistuleux, luxation en arrière et en haut.

Avant l'opération, il y avait un épuisement marqué des forces, et la mort survint quatre jours après.

Nous conclurons donc, avec M. Erichsen, que toutes les fois que dans une coxalgie, une suppuration abondante, due à une carie osseuse, fera baisser visiblement les forces du malade, l'indication formelle est d'opérer, sans attendre, dans le vain espoir d'obtenir une guérison spontanée, le dernier degré du marasme.

CHAPITRE V.

§ 1er.

D'UNE VARIÉTÉ RARE DE COXALGIE.

Il est une variété, heureusement fort rare, de cette forme de coxalgie qu'avec M. le professeur Erichsen, nous avons nommée arthritique ou synovitique, dans laquelle la maladie de la hanche progresse avec une rapidité vraiment effrayante. Le système tout entier participe à l'affection locale, et la mort arrive précédée par du délire et du coma.

Dans la 6e édition de son traité sur les maladies des articulations (p. 71 et 72), Brodie mentionne deux cas de ce genre :

Dans l'un, une jeune demoiselle de 9 ans fit une chute au milieu de ses jeux, et eut une entorse de la hanche. Elle souffrit si peu immédiatement après, qu'elle sortit ce jour-là pour faire sa promenade habituelle. Le soir, elle alla à un bal, mais fut prise de frissons

pendant le bal et ramenée chez elle par ses parents. Le lendemain matin, elle se sentit fort indisposée, et se plaignit de douleurs à la cuisse et au genou.

Le surlendemain, douleur dans la hanche; forte fièvre. Ces symptômes augmentèrent d'intensité; il survint du délire, et huit jours après l'accident elle était morte.

A l'*autopsie,* les organes thoraciques et abdominaux étaient parfaitement sains. La hanche, du côté malade, contenait environ une demi-once de pus de couleur brune; la synoviale, au point où elle se réfléchit sur le col du fémur, était ulcérée sur un espace de la largeur d'un schelling.

Le sujet du second cas était un petit garçon d'une dizaine d'années. Un matin, à son réveil, il se plaignit d'une douleur dans la région de la hanche. Vers le milieu de la même journée, la douleur avait augmenté, et il ne pouvait mouvoir le membre qu'avec de très-grandes difficultés; il ne dormit pas toute la nuit, et le lendemain il avait une forte fièvre et ressentait une douleur intense dans l'aine en avant, et derrière sur l'os des iles.

Dix jours après, il mourut, après avoir présenté les symptômes d'effusion dans les ventricules du cerveau, tels que stupeur, plaintes inarticulées, dilatation des pupilles, etc.

Autopsie. Cavité articulaire remplie de pus; surface interne de la synoviale ulcérée dans plusieurs points. Ligament rond détruit à son extrémité cotyloïdienne. Le cartilage incrustant de la partie supérieure de la cavité cotyloïde était érodé superficiellement, et il y avait d'autres érosions superficielles du cartilage de la tête fémorale.

M. Hancock (*Lancet,* april 25, 1857, p. 420) cite un autre cas du même genre, observé par un de ses amis. La mort, précédée pendant deux jours par un état comateux, arriva huit jours après une entorse de la hanche. La synoviale, au point où elle se réfléchit de la partie supérieure de la cavité cotyloïde sur le col du fémur, était déchirée sur une étendue d'un pouce environ.

La cavité articulaire contenait un peu plus d'une cuillerée de matière purulente fétide, mêlée de sang.

Que faire, si un cas pareil se présentait encore ? Réséquer l'articulation, dit M. Hancock, évacuer le pus et donner ainsi au malade la seule chance qu'il ait de vivre.

C'est là une suggestion hardie. Mais, si un cas de ce genre se présentait jamais dans notre pratique, et si, après avoir essayé d'un traitement antiphogistique local et général, comme le conseille Brodie, nous voyions survenir du délire, puis une tendance au coma que nous ne pourrions expliquer que par le trouble général causé par la maladie de la hanche, nous serions tenté de recourir à la résection de l'article comme à un moyen héroïque, sans doute, mais le seul aussi qui offrît quelque chance d'arracher le malade à la mort.

CHAPITRE VI.

A. *Procédé opératoire.*

L'opération, telle que nous l'avons vu pratiquer, comprend, si la luxation spontanée n'a pas encore eu lieu, trois temps bien distincts : 1° les incisions, 2° la luxation, 3° la résection proprement dite.

Si la tête du fémur a déjà quitté la cavité cotyloïde, l'opération n'en sera que plus simplifiée.

Premier temps : les incisions.

Charles White avait conseillé une incision longitudinale commençant au-dessus du grand trochanter, et s'étendant le long de la

partie externe de l'articulation coxo-fémorale (*Cases in surgery*, p. 66).

Ce fut celle qu'Antony White pratiqua, et que Vermandois (ancien Journal de méd., 1784, t. LXVI, p. 69) et Rossi (*Élém. de méd. opérat.*, t. II, p. 225) adoptèrent après lui. Mais nous lui avons trouvé sur le cadavre l'inconvénient de ne pas permettre le facile isolement de l'extrémité supérieure du fémur. C'est aussi le reproche que lui fait M. Fergusson, qui l'a essayée sur le vivant, et avec ce chirurgien nous la rejetons.

Nous préférerions de beaucoup, pour notre part, avoir recours à l'incision semi-lunaire, conseillée par M. Velpeau, à concavité tournée en arrière et en bas, et commençant à l'épine iliaque antérieure et supérieure, pour aller se terminer au niveau de l'ischion (Velpeau, *Nouv. élém. de méd. opérat.*, t. III).

L'incision cependant que nous avons vu le plus souvent pratiquer est celle de M. Fergusson, adoptée par M. Erichsen et la plupart des chirurgiens anglais. Elle a la forme d'un T renversé (⊢), et n'est autre chose que l'incision longitudinale de Withe, écourtée, du centre de laquelle part à angle droit une seconde incision En disséquant un peu les muscles fessiers et renversant les lambeaux ainsi formés en avant et en arrière, l'on arrive facilement sur l'articulation.

L'incision longitudinale doit être faite immédiatement en avant du grand trochanter, commençant un peu au-dessus de cette apophyse, et s'étendant pour une distance variable, selon le développement et l'âge du sujet, le long de la face externe du membre. Il ne faut point laisser un trop grand intervalle entre elle et le trochanter, c'est-à-dire il ne faut pas qu'elle soit faite trop en avant; non pas que nous croyions que l'artère fémorale ou le nerf crural court aucun risque d'être blessé, comme l'ont dit quelques-uns, mais parce que l'on pourrait diviser quelques-unes des branches ascendantes de l'artère circonflexe externe, et causer ainsi une hémorrhagie qui pourrait être assez abondante, à cause de la proximité

de la fémorale. Dans la coxalgie, le malade a souvent été épuisé par une longue et abondante suppuration, et ce n'est pas pour lui chose indifférente de perdre un peu plus ou un peu moins de sang.

Plus donc que dans beaucoup d'autres opérations, le chirurgien doit viser dans celle-ci à économiser le sang de son malade.

La seconde incision croisera le grand trochanter, mais ne devra point s'étendre trop loin en arrière, de peur de blesser le grand nerf sciatique à sa sortie du bassin, au-dessous du muscle pyramidal.

S'il existe près du grand trochanter les ouvertures de trajets fistuleux, il suffira souvent de les agrandir simplement, sans faire de nouvelles incisions, pour arriver jusqu'aux parties malades.

Deuxième temps : luxation.

Dans les cas où la luxation spontanée ne s'est pas accomplie, l'on pourra facilement opérer la luxation de l'article en se servant du fémur comme d'un levier (après avoir incisé largement la capsule), et en lui imprimant des mouvements d'adduction et de rotation en dedans. Le ligament rond sera divisé, s'il n'est déjà détruit.

Troisième temps : résection.

La tête du fémur, une fois hors de la cavité cotyloïde, peut être facilement enlevée soit avec une scie à chaînes, une scie ordinaire, ou la scie de Butcher, ainsi appelée du nom de son inventeur, un chirurgien de Dublin.

C'est à cette dernière qu'à l'exemple de M. le professeur Erichsen, nous donnerons la préférence. En effet, par la facilité avec laquelle on peut, à l'aide d'une vis, en changer la direction, et donner à sa lame étroite et flexible une direction horizontale, verticale ou oblique, cette scie rend de très-grands services dans les résections

en général ; une fois fixée, elle a la solidité et la fermeté d'une scie ordinaire, et elle est aussi facilement maniée.

A quelle hauteur faut-il pratiquer la résection de l'os ?

D'après Vermandois (*loc. cit.*), il faut emporter avec la scie non-seulement tout ce qui serait vicié, mais une étendue suffisante pour permettre de traiter aisément la carie de la cavité cotyloïde et le vice des parties environnantes par les moyens convenables.

C'est là aussi notre opinion, et nous la préciserons en recommandant (même dans les cas où la carie ne s'étendrait pas aussi bas) de réséquer le fémur au-dessous du grand trochanter. On enlève ainsi, il est vrai, les insertions des muscles fessiers et rotateurs externes ; mais, malgré ce désavantage, la cuisse peut encore être relevée et maintenue contre le bassin par les adducteurs, le psoas iliaque, le demi-tendineux, demi-membraneux, le biceps, et la partie inférieure du grand fessier.

L'avantage que présente l'ablation du grand trochanter, c'est, comme le signalent Vermandois et M. Fergusson, celui de pouvoir arriver facilement jusqu'à la cavité cotyloïde, et enlever les parties qui en seraient cariées.

Même dans les cas où cette cavité ne réclame point l'intervention du chirurgien, la résection du fémur au-dessous du grand trochanter présente un très-grand avantage, celui d'obvier à la saillie en dehors de cette apophyse, et par conséquent à tout retard à la cicatrisation des lèvres de la plaie.

Quant à la cavité cotyloïde, avec des gouges, des pinces à résection légèrement recourbées, l'on aura facilement raison des portions cariées de son rebord ou de son fond. Si elle est perforée et cariée complétement, elle pourra être réséquée à l'aide d'une scie étroite comme celle de M. Langenbeck, ou, comme nous le proposerions, avec une scie faite sur le modèle de celle de Hey, mais de dimensions plus petites. Cette partie de l'opération sera faite avec précaution et lenteur ; l'on évitera ainsi de blesser l'aponévrose pel-

vienne, qui, de plus, est généralement, dans ces cas, épaissie et décollée.

B. *Traitement consécutif.*

Nous n'allons pas entrer dans de grands détails sur le pansement de la plaie laissée par l'opération ; qu'il nous suffise d'indiquer brièvement ce que nous avons vu faire et ce que nous avons fait nous-même à l'hôpital de l'Université, dans le service de M. Erichsen.

Pansements simples à l'eau pendant les premières quarante-huit heures (charpie anglaise trempée dans de l'eau commune, appliquée sur la plaie recouverte d'un morceau de taffetas gommé et retenue en place par des bandelettes de diachylon) ; cataplasmes de graine de lin dès que l'inflammation suppurative sera survenue ; ensuite compresses de charpie anglaise trempée dans une solution de sulfate de cuivre ou de zinc (50 centigr. pour 250 gr. d'eau), pour raffermir les granulations et activer la cicatrisation. Voilà la méthode que nous avons vu suivre.

Comme traitement général, un régime nourrissant et fortifiant dès que le malade peut y être soumis, les préparations martiales, l'iodure de fer, l'huile de foie de morue chez les scrofuleux, et, aussitôt que possible, la résidence auprès de la mer.

Le point sur lequel nous voudrions plutôt nous étendre, c'est l'appareil généralement usité en Angleterre pour faire conserver au membre opéré une certaine direction, appareil qui n'est autre chose que celui de Liston pour les fractures du col du fémur, mais considérablement modifié.

Il consiste en une longue attelle s'étendant des fausses côtes, le long de la partie externe du membre, jusqu'à 6 ou 8 pouces environ au delà de la plante du pied. Près de son extrémité inférieure, et à son côté interne, se trouve une planchette qui sert à supporter le

pied, et qu'à l'aide d'une vis on peut faire glisser dans une rainure de l'attelle.

Cette modification a l'avantage de permettre l'abaissement de la planchette dans les cas où le genou, d'abord fléchi, revient peu à peu dans l'extension et que le membre est ainsi allongé. Il n'est pas nécessaire alors de changer l'appareil pour lui en substituer un autre plus long; substitution toujours très-douloureuse pour le malade.

Chez le sujet de notre 14e observation, le genou était considérablement fléchi, mais le membre put être graduellement étendu après l'opération, et l'avantage de la planchette mobile fut on ne peut plus évident.

Une autre modification importante de l'appareil de Liston, c'est l'interruption de l'attelle au lieu de l'opération, et la réunion des deux portions, que sépare un certain intervalle, à l'aide d'une tige de fer recourbée en forme d'arc. Le but de cette modification est de permettre au chirurgien de changer les pièces de pansement, et d'inspecter la plaie, sans déranger en rien l'appareil lui-même; avantage immense qui épargne au blessé des douleurs atroces répétées chaque jour.

Une troisième modification est celle qui est due à M. Fergusson. Au lieu d'obtenir la contre-extension à l'aide de la bande périnéale ordinaire, passée entre le membre opéré et le scrotum ou la vulve, c'est à des bandes, attachées à une espèce de collier fixé autour de la partie supérieure de la cuisse opposée, que ce chirurgien conseille d'avoir recours. Ces bandes sont ramenées en haut et en dehors, l'une en avant et l'autre en arrière, et sont nouées à l'attelle vers son extrémité supérieure.

Par la méthode ordinaire, les chairs de la partie interne de la cuisse sont refoulées de la cavité cotyloïde, et l'extrémité du fémur repoussée en dehors; inconvénients que ne présente pas la modification de M. Fergusson.

Quelques chirurgiens n'emploient aucun appareil, et, laissant le

malade reposer sur le côté sain, pensent que le membre reviendra de lui-même à sa direction normale. D'autres, comme M. Ure, préfèrent à l'extension l'abduction et une flexion modérée de la cuisse sur le bassin, afin de rapprocher l'extrémité du fémur de la cavité cotyloïde ; l'extension ayant, d'après eux, une tendance à repousser le fémur en arrière. Mais, pour notre compte, nous n'avons jamais remarqué cette tendance.

Dans quelques cas, nous avons vu employer avec succès, à l'hôpital de King's college, une sorte de hamac suggéré par M. Heath, un ancien interne de cet hôpital ; il consiste en une forte pièce de toile passée sous le malade et fixée de chaque côté aux branches d'un berceau. On a soin de bien matelasser avec du coton cardé la partie du hamac sur laquelle presse le corps, et de larges ouvertures pratiquées dans la toile permettent la facile application des pansements et la sortie des matières fécales.

Les épaules et les jambes sont supportées par des coussins, et un autre coussin, placé entre les jambes du malade, empêche la rotation en dedans du genou.

Le sujet de notre 26e observation ne put rester couché sur le dos, à cause d'une ouverture fistuleuse située près du sacrum. Le hamac que nous venons de décrire fut substitué à l'appareil ordinaire, et le malade s'en trouva immédiatement très-bien.

Après que la plaie se sera complétement cicatrisée, l'opéré se trouvera toujours bien de l'application d'un morceau de cuir ramolli qui embrassera la hanche et la partie supérieure de la cuisse. Il sera facile de façonner ce morceau de cuir sur le modèle d'une feuille de papier avec laquelle on aura calqué la forme de la hanche.

C. *Résultats de l'opération.*

Les résultats de la résection de la hanche, lorsqu'elle réussit (et nous prouverons bientôt que le nombre des succès n'est pas aussi restreint qu'on l'a dit), sont on ne peut plus satisfaisants.

Nous avons déjà insisté sur l'amélioration remarquable dans l'état du malade, qui survient comme une conséquence immédiate del 'opération. Quant au résultat final, il est excellent.

La résection ne laisse, il est vrai, qu'un membre raccourci ; m s ce raccourcissement, le plus souvent peu considérable, ne cause guère d'inconvénients auxquels un soulier à talon élevé ne puisse remédier. Et d'ailleurs, dans les cas de coxalgie avec luxation spontanée, n'y a-t-il point raccourcissement tout aussi considérable ; et de plus la direction presque toujours vicieuse du membre, dans ces cas, n'est-elle pas un inconvénient bien plus grand encore ?

Après l'opération, un tissu ligamenteux fort et serré unit l'extrémité du fémur à une partie du bassin, généralement aux environs de la cavité cotyloïde. Les mouvements de la pseudarthrose qui en résulte sont assez étendus ; et l'opéré apprend vite à se servir de son membre et à se passer de béquilles et même de bâton (obs. 1, 3, 5, 7, 11, et beaucoup d'autres encore).

Dans plus d'une de ces observations le malade put au bout de quelque temps faire plusieurs lieues à pied.

Lorsque, dans les cas malheureux, la mort n'est survenue qu'au bout de quelques mois, l'autopsie a souvent démontré l'existence d'une pseudarthrose (obs. 28, 29).

Il y a bien longtemps déjà que Chaussier, expérimentant sur des chiens, avait observé les mêmes phénomènes. Lorsqu'en irritant la plaie de diverses manières, il avait réussi à la faire suppurer, il remarqua que « l'extrémité du fémur était non-seulement attachée à l'ischion par une substance ligamento-cartilagineuse qui la fixait sur cet os, et lui permettait la mobilité en différents sens, mais qu'il s'était aussi formé à l'extrémité du fémur une apophyse qui donnait attache à différents faisceaux musculaires, et qui tenait lieu de trochanter » (*Mém. de la Société méd. d'émul.*, t. III, p. 398).

Les mouvements les plus étendus de la pseudarthrose sont ceux de flexion et d'extension et d'adduction ; la rotation en dehors et l'abduction sont rendues difficiles et souvent impossibles ; et on le

comprend facilement par la section des muscles rotateurs externes qui viennent s'insérer dans la fosse digitale et au bord postérieur du grand trochanter.

Ainsi donc la résection de la hanche, dans les cas graves de coxalgie, rend non-seulement le service immense de sauver la vie du malade et de l'arracher à des souffrances continues, mais elle lui laisse encore un membre utile. Ce n'est plus une de ces opérations terribles qui sauvent la vie aux dépens d'un membre ; c'est une opération toute conservatrice qui sauve et la vie et le membre.

D. *Statistique et Conclusion.*

Sans vouloir nous aventurer sur le terrain de la statistique, et sans y attacher une importance qu'elle n'a pas, selon nous, nous dirons néanmoins que nous pourrions, au besoin, l'invoquer comme un argument en faveur de notre opinion.

Ainsi, sur 32 observations que nous avons citées dans le cours de notre thèse, 17 d'entre elles ont eu une heureuse issue, 13 seulement se sont terminées par la mort. Et comme nous avons éliminé l'une d'elles (parce que la mort causée par une hémorrhagie veineuse due à une ulcération de la veine fémorale profonde ne peut être justement attribuée à l'opération), il ne reste plus que 12 insuccès contre 17 succès.

Nous ne comptons pas nos deux autres observations, parce que la terminaison de l'une (obs. 15) ne nous est pas connue, et que dans l'autre (obs. 10), la mort survint deux ans après par une maladie du foie, et qu'à l'auptosie, on reconnut qu'il restait encore un morceau d'os carié dans la cavité cotyloïde. La mort ne fut pas amenée par la résection : donc, ce n'est pas un cas d'insuccès. D'un autre côté, l'opération n'avait pas entièrement réussi, car l'état du malade n'avait été qu'amélioré sans qu'il y eût eu guérison complète : donc, nous ne pouvons compter ce cas parmi les cas heureux.

Aux cas heureux, nous pouvons ajouter :

1° Celui de Schlitching (*Transactions philosophiques*). Guérison au bout de six semaines.

2° Celui de M. Heim, de Wurtzbourg, mentionné dans une thèse de M. Lepold, de la même ville.

3° Un de Vogel, emprunté par M. Velpeau à la bibliothèque chirurgicale du Nord.

4° Nous ajouterons aussi un cas de M. Price, de Londres, dans lequel un enfant opéré le 5 avril 1857 fut complétement guéri au bout de quelques mois, avec formation d'une pseudarthrose à mouvements très-étendus.

5° Et un cinquième enfin, de M. Haynes Walton, qui opéra une petite fille de 9 ans (cas cité dans un travail lu à la Société médicale de Londres, le 14 décembre 1850).

A la liste des insuccès nous ajouterons d'autres cas :

1° Un de M. Hancok, qui réséqua le fémur au-dessous du grand trochanter sur un petit garçon de 10 ans. Avant l'opération, il existait les signes d'une phthisie pulmonaire. Six semaines après, la mort survint par suite des progrès de la phthisie.

2° Puis 3 cas dans lesquels M. Textor, de Wurtzbourg, pratiqua la résection de la tête du fémur :

a. Dans le premier de ces cas, la mort survint vingt-cinq jours après; et l'on reconnut, à l'autopsie, que le bassin était fracturé en plusieurs endroits. Les os fracturés étaient baignés par du pus, qui les séparait des parties molles. Les fractures avaient probablement la même origine que la coxalgie, c'est-à-dire une chute faite six ou huit mois avant.

b. Dans le second cas, il y avait eu déjà, avant l'opération, du délire nocturne, de la diarrhée, etc. A l'autopsie, l'on trouva que les ganglions mésentériques étaient hypertrophiés, et présentaient des foyers tuberculeux ramollis; des foyers semblables existaient dans les intestins.

c. L'opération, dans le troisième cas, fut faite dans de meilleures conditions, et promettait une heureuse issue; mais des ulcérations

sur le sacrum se gangrenèrent et amenèrent la mort cinquante-trois jours après.

Aux deux cas que nous avons considérés comme n'inclinant ni pour ni contre l'opération, nous en ajouterons un troisième, celui d'une petite fille de 6 ans, sur laquelle M. Bowman réséqua la tête du fémur au-dessous du grand trochanter, et rugina le fond de l'acétabule, ainsi que la branche horizontale du pubis. Un mois après, cicatrisation de la plaie, mais symptômes d'une maladie valvulaire du cœur; dyspnée, palpitations, bruit à la pointe du cœur.

Ainsi voilà 42 résections de la hanche sur lesquelles nous comptons 17 insuccès, 22 succès et 3 cas douteux, dont 2 pourraient fort bien être comptés parmi les succès. Même cependant, en nous tenant strictement au nombre des succès évidents, nous voyons qu'il l'emporte sur celui des insuccès. Mais que sera-ce, si nous analysons les causes de mort dans les cas d'insuccès, au lieu de faire la statistique aveugle, et de ne citer que le nombre brutal, sans entrer dans les détails si importants de constitution, de forme de la maladie, de degré d'épuisement, de complications viscérales, etc. etc.?

Nous avons déjà refusé à l'observation 19 le droit de compter parmi les insuccès.

Ce droit, nous le refuserons aussi aux trois cas du professeur Textor, que nous avons mentionnés en dernier lieu. Dans le premier de ces cas, la mort peut tout aussi bien être attribuée aux fractures des os du bassin qu'à la résection de la hanche; dans le second, l'opération était au moins inutile, la diarrhée colliquative, le délire nocturne, annonçaient, à coup sûr, une mort prochaine, que l'opération est peut-être venue hâter, mais qui ne saurait lui être attribuée en entier. Le malade eût-il pu jamais vivre longtemps avec les lésions intestinales et ganglionnaires que l'autopsie vient de démontrer? Nous le contestons.

Dans le troisième de ces cas le malade semblait devoir guérir, lorsqu'au cinquante-troisième jour la gangrène survint, non pas au

lieu de l'opération, mais sur le sacrum, où il existait des eschares, résultant probablement d'un décubitus dorsal prolongé sur un lit peu moelleux. La résection fut-elle ici coupable? Oui, d'avoir obligé le malade à garder le lit; mais là s'arrête sa responsabilité; elle n'a rien à démêler avec la gangrène ou la mort du malade. Que celui-ci ait eu, par exemple, un de ces lits de caoutchouc remplis d'eau, un de ces *water-beds* du Dr Arnott, que nous avons vu employer à l'hôpital de l'Université, et, au lieu d'un insuccès, c'eût été un succès de plus que nous aurions eu à enregistrer.

Voilà donc quatre cas déjà que nous rayons, pour notre compte, de la liste des méfaits attribués à la résection de la hanche. Mais poursuivons notre analyse, et voyons si la faute en a toujours été à la résection ou à ceux qui l'ont pratiquée.

Dans l'observation 2, celle de Hewson, nous fîmes remarquer que la tête du fémur avait été seule enlevée, tandis qu'à l'autopsie la cavité cotyloïde fut trouvée perforée. Si la résection, au lieu d'être incomplète, eût été complète, et si le chirurgien n'eût point négligé la cavité cotyloïde, l'opération aurait probablement réussi.

Dans l'observation 20 (celle de M. Roux), la mort ne fut que le résultat inévitable des lésions et des désorganisations considérables que l'autopsie vint démontrer. L'ablation de la tête du fémur était certes incapable de guérir le malade, et elle était pour le moins inutile.

Dans l'observation 21, il y avait carie des vertèbres lombaires et dégénérescence graisseuse des reins : la résection, comme nous l'avons déjà dit, est formellement contre-indiquée dans ces cas. L'observation 22, dans laquelle il y avait un abcès abdominal qui était venu se vider dans l'articulation, abcès dépendant probablement d'une carie de quelques vertèbres, rentre dans la même catégorie des cas qui n'admettent pas la résection.

Si maintenant nous examinons combien de fois la résection de la hanche fut pratiquée, malgré les signes d'une phthisie avancée,

nous verrons que dans deux de nos observations (obs. 27 et 28), les progrès de la phthisie amenèrent rapidement la mort.

Dans le cas de M. Hancock que nous venons de citer quelques pages plus haut, la phthisie, déjà très-avancée avant l'opération, continua ensuite à faire des progrès, et enleva le malade six semaines après.

Pour nous, un dépôt tuberculeux dans les poumons, une fois la première période de la maladie passée, est une contre-indication à la résection de la hanche, et par conséquent nous n'admettons pas les faits qui précèdent comme concluant contre l'opération telle que nous l'avons restreinte.

Dans deux autres de nos observations (obs. 31 et 32), les malades étaient déjà considérablement épuisés. L'opération eût probablement réussi si elle eût été faite plus tôt.

Dans les observations 17, 24 et 30, les malades furent affectés d'érysipèle, et moururent. La résection de l'article fut sans doute cause de la mort, car sans elle, il est peu probable qu'un érysipèle se fût montré, et surtout qu'il eût été suivi d'une mort aussi rapide. Mais ces cas influenceront-ils beaucoup le médecin ? Oui, celui qui ne verra que le chiffre des insuccès, sans prendre en considération les circonstances importantes que nous venons de passer en revue. Mais ils n'influenceront pas beaucoup celui qui analysera les cas d'insuccès, et cherchera à démêler la part qui revient à l'opération elle-même, et celle qui n'appartient qu'à des circonstances accidentelles et indépendantes de l'opération. L'érysipèle est une de ces circonstances accidentelles, et nous avons eu le chagrin, pendant notre internat, de voir des malades, auxquels nous donnions des soins, mourir d'érysipèle après des opérations fort peu graves, telles que l'amputation du gros orteil par exemple ou l'ablation d'une tumeur kystique du sein.

Pendant les brouillards affreux du mois de novembre, à Londres, les malades des salles de chirurgie sont souvent affectés d'érysipèle, comme nous l'avons remarqué nous-même, et c'est à cette époque

que nous avons observé les cas auxquels nous venons de faire allusion.

Pour nous résumer, nous dirons donc que si la statistique est, à un examen superficiel, en faveur de la résection de la hanche, elle l'est infiniment plus encore si l'on analyse les causes d'insuccès.

La tâche que nous nous étions imposée est maintenant accomplie. En terminant, qu'il nous soit permis de faire des vœux pour que cette opération, fille d'une chirurgie essentiellement moderne et de progrès, la chirurgie conservatrice, soit plus généralement connue et adoptée, et qu'elle puisse rendre la santé, tout en leur conservant un membre utile, à des milliers d'infortunés que la science naguère encore se disait impuissante à guérir.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — De l'équilibre stable ou instable d'un corps pesant reposant sur un plan, base de sustentation; applications à la station de l'homme.

Chimie. — Du carbonate de soude.

Pharmacie. — De la nature des sucs fournis par les plantes; comment se les procure-t-on? Des moyens dont on se sert pour les clarifier, et des changements qu'ils éprouvent pendant leur clarification.

Histoire naturelle. — Caractères de la famille des polygalées.

Anatomie. — Des changements de situation et de direction de la vessie dans les différents âges et dans les différents sexes.

Physiologie. — Des causes de déchet d'action musculaire.

Pathologie interne. — Des différentes espèces de pneumonie.

Pathologie externe. — Diagnostic différentiel des tumeurs du scrotum.

Pathologie générale. — Des causes diverses du délire.

Anatomie pathologique. — Des luxations en général (conséquences pratiques).

Accouchements. — De l'apoplexie et de l'asphyxie des nouveau-nés.

Thérapeutique. — Des divers moyens de détourner une anesthésie locale.

Médecine opératoire. — Du traitement des ankyloses.

Médecine légale. — De l'appréciation de l'état mental dans des cas de manie.

Hygiène. — Des vapeurs que dégage dans l'air la combustion des matières employées à l'éclairage.

Vu, bon à imprimer.

JOBERT DE LAMBALLE, Président.

Permis d'imprimer.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

ARTAUD.

